Rok XXXIX. Kraków, 17 Marca 1900. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O leczeniu krwisteku omacicznego *(Haematocele periuterina).*

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Jeżeli która z nauk lekarskich, to niewątpliwie ginekologia doznała w ostatnich dziesiątkach lat bardzo znacznych przeobrażeń. Kierunek leczenia operacyjnego, wyrabiający się na podłożu takiem, jak przyjęte zasady postępowania przeciw — i bezgnilnego, dosięgnął bardzo znacznego rozwoju. Imponujące wyniki, które osiągano, dawały pochop do coraz to śmielszych zabiegów operacyjnych, które święciły tryumf chirurgii i sprawiły, że operacyjne leczenie ginekologiczne stanowi dziś jeden z najpokaźniejszych działów tej nauki. Gorączka operacyjna tak przejęła ginekologów, że wreszcie zaczęto nawoływać do odwrotu i umiarkowania.

Krok w krok z rozwojem sposobów leczniczych szedł i postęp nauki o chorobach kobiecych, skutkiem czego pojęcia nasze i poglądy, dotyczące chorób kobiecych, musiały uledz bardzo wielkiej zmianie. A przemiana pojęć musiała być tem znaczniejsza, o ile nauki lekarskie wogóle w ostatnich dziesiątkach lat doznały znakomitej przemiany, że wspomnę tylko o wpływie nauki nowej, jaką jest nauka o drobnoustrojach i ich znaczeniu chorobotwórczem.

Kto śledził postęp ginekologii i wyrobił sobie ogólny pogląd na pochód tego postępu, musi przyznać, że rozwój ginekologii dokonywał się gwałtownie. Najlepszym probierzem tego jest szybki rozrost piśmiennictwa ginekologicznego. Wielka liczba czasopism podawała prace ginekologiczne, powstawały coraz to nowe czasopisma specyalnie ginekologiczne, zawiązało się mnóstwo naukowych towarzystw ginekologicznych. Wszędzie napotykało się nowości, dotyczące chorób kobiecych.

I dzisiaj praca literacka płynie z rozwiniętymi żaglami; i dzisiaj ruch w towarzystwach jest żywy, niemniej jednak w latach ostatnich czuć się daje odmienny kierunek, jakby się zaczynał w tej nauce inny okres, nacechowany krytycyzmem. Nie spotykamy tyle nowości, ale spotykamy więcej prac pogłębiających coraz gruntowniej naukowe zdobycze. Kierunek to mojem zdaniem zdrowy, który dążyć powinien do uporządkowania tego, co nauka przyniosła, albowiem skutkiem gwałtownego jej rozwoju w wielu zagadnieniach zapanował chaos, powstało mnóstwo odmiennych poglądów z niekorzyścią dla dalszego postępu.

Te myśli dały mi pobudkę do zastanowienia się nad cierpieniem, o którego leczeniu mówić zamierzam.

Rzecz o krwisteku przedstawia temat zbyt rozległy, posiadający bardzo obszerne piśmiennictwo, abym go mógł w całości tu traktować; postanowiłem zatem podjąć na razie część praktyczną, t. j. leczenie tego cierpienia, a spraw teoretycznych dotknąć tylko o tyle, o ile mi to będzie w wywodzie moim niezbędne. O leczeniu tego cierpienia będę mówił tem chętniej, ile że poglądy w tym kierunku bardzo wybitnie się różnią, jak to się będę starał wykazać. Co się tyczy teoretycznej, ściśle naukowej, części tego przedmiotu, to zaznaczyć muszę, iż wiele już zbadano, więcej jednak jeszcze do zbadania pozostaje. I tu istnieją znaczne różnice poglądów, zapatrywania jednakowoż są więcej zbliżone, aniżeli w sprawach, dotyczących leczenia.

Przez krwistek rozumiemy nagromadzenie pewnej ilości krwi w jamie otrzewnowej koło macicy w ograniczonym przestworze.

Jak autorowie prawie zgodnie przyjmują, najczęstszą przyczyną powstawania tego cierpienia jest przerwanie ciąży zamacicznej i tu znów najczęściej tak zwane poronienie trąbkowe, rzadko zaś pęknięcie trąbki.

F e h l i n g oblicza, że 90—95% wszystkich przypadków krwisteku należy uważać jako pochodzące z poronienia trąbkowego.

Prócz tej przyczyny mogą być i inne, a mianowicie: nieprawidłowe krwawienie do jamy otrzewnowej podczas miesiączkowania; w przypadkach pewnych zmian chorobowych trąbek; dalej w przebiegu sprawy zapalnej otrzewnej, pokrywającej narządy płciowe; wśród niektórych chorób zakaźnych; w przypadkach oparzenia, otrucia; u osób, obarczonych wadą serca, chorobą nerek, plamicą krwotoczną *(purpura)*; wreszcie podają autorzy rzadkie przypadki wyjątkowe, wśród których krwistek powstał.

Ponieważ krwistek wyjątkowo tylko bywa przedmiotem badania na stole sekcyjnym, więc o stosunkach anatomicznych tego cierpienia niemamy dostatecznych wiadomości. Przypadki operacyjne, o ile dostarczyły materyału do badania, rozjaśniły nieco te stosunki; mimo to jednak wiele zagadnień należy uważać jako niezałatwione i bliższego zbadania potrzebujące.

Niemal wszyscy autorowie godzą się na to, że pierwotnie powstaje krwotok do jamy otrzewnowej, a potem następuje otorbienie, zgodnie z poglądem, wypowiedzianym przez N é l a t o n a, chociaż niemożna wykluczyć możebności powstania krwisteku przez wylanie się krwi do przestworów już istniejących, które, jako ograniczone, pozostały po przebytych sprawach chorobowych, jak to sobie wyobrażał S c h r o e d e r. W każdym razie taki sposób powstawania krwisteku uważać należy jako wyjątkowy.

W jaki sposób odbywa się krwawienie i otorbienie krwi nagromadzonej, tego właściwie jeszcze dobrze niewiemy i spotykamy się pod tym względem z rozmaitemi przypusz-

czeniami. Najpoważniejsze w tym kierunku spostrzeżenia ogłosił Sänger, który wykazał sposób tworzenia się i otorbiania krwisteków w pewnych przypadkach. Spostrzeżenia te niemogą nam jednak wyjaśniać sposobu powstania we wszystkich przypadkach, które przedstawiają pewną rozmaitość postaci i przebiegu klinicznego.

Najczęstszy typowy obraz chorobowy przedstawia nam się jako krwistek zamaciczny *(haematocele retrouterina)*; rzadziej spotykamy krwistek przedmaciczny (*haematocele anteuterina)*, koło trąbki *(h. peritubaria)*, w zatoce Douglasa po jednej stronie *(h. lateralis)*.

Co do częstotliwości cierpienia niemamy dat dostatecznych, gdyż dawniejsze podania w tym kierunku są niepewne, już ze względu na to, że rozpoznawanie przyrody guzów, pozostających w związku z narządem płciowym, niebyło tak jak dziś wydoskonalone, a nowsze zestawienia nie są dostateczne.

Co do przebiegu, to podają autorzy, że w przypadkach krwisteku, powstałego po ciąży trąbkowej, cechującemi są nawroty, czyli następowe krwotoki, zaś odwrotnie cechą krwisteku pochodzenia miesiączkowego (haematocele catamenialis) jest jednorazowe wystąpienie i brak następowych krwotoków.

Trwanie cierpienia przedstawia się rozmaicie. W przypadkach pochodzenia miesiączkowego, które zazwyczaj przebiegają bardzo pomyślnie, może nastąpić wessanie w 6—8 tygodni; w przypadkach, zawdzięczających swe powstanie ciąży zamacicznej, trwa znacznie dłużej, często miesiące, a czasem cierpienie nie ustępuje i utrzymuje się w jednostajnej mierze.

Rokowanie, można powiedzieć, nie jest złe, albowiem rzadko cierpienie to prowadzi do zejścia śmiertelnego; ze względu jednak na zupełne wyzdrowienie zawsze musimy je uważać, jako bardzo ciężkie, jużto dlatego, że może trwać bardzo długo, już też, że mogą występować powikłania, które, aczkolwiek nie prowadzą wprost do zejścia śmiertelnego, to przecież mogą powodować długotrwałe lub też stałe kalectwo.

Ananoff podaje następujące zestawienie:

W przypadkach leczenia zachowawczego śmiertelność wynosi 18·4%; w przypadkach, w których wykonano nakłócie krwisteku 15·1%; po nacięciu przez pochwę 10%.

Fiodoroff znalazł: na 122 przypadków, leczonych zachowawczo, 3 przypadki śmierci = 2·6%; na 64 przypadków, leczonych przez nakłócie krwisteku, 9 przypadków śmiertelnych, co czyni 17·1%; na 36 przypadków po nacięciu guza od strony pochwy 4 śmiertelne = 8·5%.

Thorn stoi wprawdzie na stanowisku leczenia zachowawczego, ale operuje wszędzie, gdzie tego potrzeba i w tych warunkach podaje ogólnie śmiertelność na 0·6%.

Zweifel zebrał z piśmiennictwa opisanych przypadków 129, z których 24 zakończyły się śmiercią, czyli 18·4%; nadto przytacza Voisina, który przy leczeniu zachowawczem oblicza odsetek śmiertelności na 33·3%, po leczeniu operacyjnem 37·5%, i zestawienie Barnesa, który podaje na 41 przypadków leczenia zachowawczego, 7 przypadków zejścia śmiertelnego, czyli 17%.

Zejście chorobowe może nastąpić przez wessanie krwisteku; przez pęknięcie otorbienia i wylanie się treści do jamy brzucha; przez przebicie do pęcherza moczowego, do odbytnicy lub do pochwy; przez zropienie lub zposoczenie; wreszcie po wessaniu krwi przez przeobrażenie w torbiel o treści surowiczej.

Sprawa leczenia krwisteku przedstawia temat bardzo chaotyczny. Podczas gdy jedni polecają postępowanie zachowawcze, wyczekiwanie i leczenie przez pobudzanie wessalności, ganią zaś postępowanie operacyjne — inni radzą drogę operacyjną, a między tymi napotykamy zupełnie odmienne zapatrywania co do wskazań, mianowicie, kiedy mamy operować i jaką drogą operować?

Aby to uwidocznić, przedstawię poglądy autorów niektórych: najskrajniejszym w tym kierunku jest Winckel, który broni ściśle zachowawczego postępowania i twierdzi, że przy tem postępowaniu nigdy żadnego przypadku nie stracił. Weiss podaje 50 przypadków, z których tylko w 2 był zmuszony operować.

Wielu autorów poleca postępowanie zachowawcze i radzi tylko w przypadkach wyjątkowych postępowanie operacyjne, gdy krwistek przechodzi w ropienie lub zposoczenie, a niektórzy między nimi podają jeszcze wskazania, jeżeli guz się nie zmniejsza, jeżeli się utrzymują znaczne bóle, objawy uciskowe ze strony narządów sąsiednich, jeżeli istnieją nawroty zapalne. Do tych należą: Hegar, Auvard, Pozzi, Surer, Strauch, Krasskowsky, Maugin, Rosenwasser, Thorso, Cestan, Spiker, Elschner, Pestalozza, Fritsch.

Inni wreszcie radzą postępowanie operacyjne jużto w celu radykalnego usunięcia cierpienia, które może mieć rozmaity przebieg, jużteż w celu skrócenia leczenia, które może być zanadto długotrwałem, a do tych należą: Gusserow, Turetta, Bertrand, Culingworth, Henrotay.

Inni radzą operować u tych osób, które nie mają dostatecznej opieki: Gusserow, Rossenwasser, Rosthorn.

Tak ci, którzy są więcej za postępowaniem zachowawczem, jakoteż i ci, którzy są do operacyi pochopniejsi, różnią się znowu bardzo między sobą co do sposobu operowania: Pozzi poleca operowanie przez pochwę, a jeżeli się podejmuje laparotomię, to poleca dążyć do guza podotrzewnowo, albo operować dwuczasowo. Gani zaś wykonywanie laparotomii tam, gdzie niema właściwego otorbienia, a tylko zlepy narządów sąsiednich.

Inni polecają operować od strony pochwy: Zweifel, Surer, Routhie, Strauch, Krasskowsky, Fiodoroff; Cestan, Condamin. Gusserow radzi operować przez pochwę, laparotomię uważa za zbyteczną; Spiker uważa operacyę przez pochwę, jako typową; Pestalozza radzi operować tylko przy zropieniu przez pochwę, zresztą drogą laparotomijną; Fehling, który dawniej operował przez pochwę, radzi obecnie operować drogą laparotomijną; Schauta gani nacięcie od pochwy, jako niedostateczne i poleca usuwanie sprawy chorobowej przez laparotomię; Goelet również doradza laparotomię, nawet przy zropieniu i gdy krwotok trwa; zresztą poleca leczenie elektrycznością; Turetta radzi zawsze laparatomię; Sänger żąda, aby torebka otorbiająca krew była dostatecznie mocna tak, aby się krwistek dał w całości przez laparotomię wyłuszczyć; Thorn doradza tam, gdzie się musi operować, laparotomię; Reyniero Henrotay — podobnie; Rosenwasser przechyla się do

operacyi przez laparotomię; Walzberg radzi tylko wtenczenczas operować przez laparotomię, gdy guz zrośnięty z powłokami brzusznemi; Jakobs robi równocześnie histerektomię; Bertrand radzi w świeżych przypadkach laparotomię, w przewlekłych zaś laparotomię podotrzewnową.

Jak już z tego zestawienia widać, najwięcej zwolenników liczy postępowanie zachowawcze, a u tych, którzy polecają postępowanie operacyjne, spotykamy się z poglądami, które są sobie wprost przeciwne.

Leczenie zachowawcze przeprowadzają wszyscy zgodnie, dążąc do pobudzenia wessania krwisteku środkami zwykłymi, przy zastósowaniu spokoju.

Sposób operowania przez powłoki brzuszne również wykonywują zgodnie z małemi tylko odmianami, zależnemi od napotykanych warunków po otwarciu jamy brzusznej. Główną zasadą jest usunięcie krwisteku i jego źródła, zatamowanie krwotoku. W przypadkach bez powikłań — zaszycie jamy brzusznej, w przypadkach powikłanych zastósowanie tamponu Mikulicza.

Inaczej rzecz się ma z zabiegiem operacyjnym, wykonywanym przez pochwę.

Jeżeli się wczytujemy w piśmiennictwo tego przedmiotu, musi zwrócić naszą uwagę okoliczność, że sposób operowania przez pochwę różnie bywa pojmowany i wykonywany. I tak jedni radzą po otwarciu sklepienia i jamy krwisteku usunąć całą zawartość guza, wydobywają tkwiące w otwartej jamie i do ścian poprzyczepiane skrzepy, co więcej, radzą je nawet wyskrobywać; inni robią przestrzykiwania wypróżnionej jamy, aby prądem wstrzykiwanego płynu resztę zawartości guza usunąć; inni wreszcie zadawalniają się postępowaniem mniej radykalnem, usuwają treść o tyle tylko, o ile się to dobrowolnie lub z łatwością udaje, ganią zaś surowo wyskrobywanie jamy, przestrzykiwania, i polecają tylko tamponowanie, względnie drenowanie otwartej i wypróżnionej jamy.

Chcąc przedstawić moje zapatrywanie na sprawę leczenia krwisteku zamacicznego, muszę przedewszystkiem zaznaczyć, że mówić będę o krwisteku, już istniejącym jako takim, a nie zaś o pierwszych momentach jego powstawania. Powstanie krwisteku łączy się najczęściej z pojęciem ciąży zamacicznej i stanowi wolny krwotok do jamy brzucha. W przypadkach tych już to obecna ciąża zamaciczna, już też krwotok wewnęczny, będą nam wskazywać postępowanie.

Biorąc krwistek jako taki, muszę powiedzieć, że cierpienie to uważam za bardzo poważne. Na kilkadziesiąt przypadków, które miałem sposobność spostrzegać wśród mej 25-letniej działalności lekarskiej, widziałem wprawdzie jeden tylko przypadek przed 15 laty z zejściem śmiertelnem na zapalenie otrzewnej posokowate, ale natomiast widziałem przypadki leczone po roku bezustannie, a jeden przypadek ze sfer lekarskich, którym się nasze powagi zawodowe interesowały i był przedmiotem wielokrotnych narad koleżeńskich, trwał przy postępowaniu zachowawczem blizko 2 lata. Spostrzegałem przypadki z przebiciem krwisteku do odbytnicy z następowemi, długotrwałemi powikłaniami, podobnież przebicie do pęcherza, które prowadziło do zmian chorobowych w drogach moczowych. Widziałem po latach nawroty spraw zapalnych po krwistekach usuniętych, ropienia w jamie Douglasa, które potem pod rozpoznaniem *abscessus pelvis* były leczone, a zawdzięczały swe pochodzenie krwistekowi pozamacicznemu.

W obec tego nie mogę się zgodzić na oświadczenie Winckla, który twierdzi, że nie widział zejścia niekorzystnego i dlatego jest ściśle za postępowaniem zachowawczem. Zdanie to Winckla tłómaczę sobie w ten sposób, że dotyczy ono przypadków, spostrzeganych na klinice, bo niezaprzeczenie to jest pewnem, że przypadki pod ścisłą opieką i ciągłym nadzorem lekarskim przebiegają najpomyślniej. Zależy jednak od tego, kiedy Winckel swe przypadki wypuszczał z opieki i kiedy uważał sprawę krwistekiem zwaną, za ukończoną. Natomiast godzę się na zdanie Fehlinga, który również nie widział zejścia śmiertelnego; operował jednak tam, gdzie tego była potrzeba i może właśnie dlatego nie widział wcale zejścia śmiertelnego.

Na przeciw zdania Winckla mamy zestawienia statystyczne, któreśmy wyżej podali, a które stwierdzają, że cierpienie to nie jest tak niewinne, jakby się zdawało i że inni autorzy widzieli dość liczne przypadki zejścia śmiertelnego. Jak z tych zestawień widać, nie zgadzają się one ze sobą, w każdym jednak razie nie twierdzą, aby krwistek był cierpieniem tak niewinnem.

Tę niezgodność zapatrywań autorów na wyniki postępowania leczniczego i na częstotliwość zejścia śmiertelnego w przypadkach krwisteku odnieść należy do tej okoliczności, że zebrane statystyki odnoszą się do przypadków, leczonych w czasach dawniejszych i w różnych warunkach. Wiadomo jest, że wszędzie tam, gdzie była należyta opieka lekarska i wszelkim wymaganiom nauki działo się zadość, przebieg krwisteku był zwykle pomyślny, a zatem w domach ludzi zamożnych i u osób leczonych w szpitalach, i klinikach. Niepomyślne zaś powikłania spostrzegamy u tych osób, które nie miały dostatecznych warunków do leczenia i pozostawały w domu. Kto zatem będzie zbierał statystykę ze szpitali, lub u ludzi zamożnych z praktyki prywatnej, ten znajdzie inne daty, aniżeli ten, kto będzie zbierał je z praktyki prywatnej u ludzi biednych.

Drugą przyczyną, która mogła wpływać na wynik zestawień statystycznych, jest okoliczność, że do zestawień mogły być wzięte przypadki, niezupełnie jeszcze wyleczone, w których sprawa chorobowa nie dobiegła dostatecznego zakończenia. Okoliczność to ważna, bo wiadomo jest, że bardzo wiele przypadków, leczonych klinicznie, skoro objawy przykre dla chorej ustąpią, usuwa się z pod naszej obserwacyi i mogą uchodzić za pomyślnie zakończone. Przypadki te atoli później mogą okazywać różne powikłania i przedstawiać ciężkie obrazy chorobowe. Z tegoby wynikało, że dotychczasowe zestawienia nie mają wielkiej wartości i przy zestawianiu przypadków należałoby brać przypadki leczone i spostrzegane w jednakowych warunkach z dokładnem określeniem okresu przebiegu choroby. Mimo to jednak z tych zestawień i uwag, jakie się nasuwają, można już wyciągnąć pewne praktyczne wnioski. Pierwsze, że cierpienie to, tak długotrwałe, nadaje się więcej do leczenia szpitalnego, jeżeli domowe warunki nie pozwalają na ściśle dozorowanie i ściśle przeprowadzenie leczenia, a dalej, że do bardzo długiego leczenia zachowawczego nadają się przypadki u osób zamożnych, a z pomiędzy osób uboższych przypadki u osób, które mogą na dłuższy przeciąg czasu pozostać w szpitalu, zatem osoby wolne, niezamężne. Osoby zaś biedne, zamężne,

które dłużej w szpitalu leżeć nie mogą, które, jak w naszych stosunkach, gdy im się nieco podmiotowo polepszy, chcą i powracają do domu, powinny być leczone tak, aby czas leczenia, o ile możności, był skrócony, a nadto, aby osobie, wypuszczonej z opieki lekarskiej, jak najmniejsze zagrażało niebezpieczeństwo w czasie dalszego przebiegu leczenia poza szpitalem. — Do tych celów nadaje się przedewszystkiem leczenie operacyjne, za pomocą którego możemy niewątpliwie jużto zupełne wyleczenie uzyskać, jużteż trwanie leczenia bardzo znacznie skrócić i chore od dalszych powikłań zabezpieczyć. Im gdzieś ludność biedniejsza, tem więcej przypadków będzie się nadawać do leczenia operacyjnego — i tu zapatrywania moje schodzą się z zapatrywaniami Rosenwassera, który radzi operować osoby, pozbawione opieki.

W tym duchu przemawia Gusserów i takież zdanie wypowiada Rosthorn w co tylko wyszłem z druku dziele zbiorowem Veita.

W Galicyi, w naszych opłakanych stosunkach społecznych, w obec tak znacznej liczby ludności biednej, kierunek operacyjny ma więcej podstawy i praw do rozwoju, niż na zachodzie i w okolicach, gdzie przeciętnie publiczność za zamożną uważać należy. Jeżeli Gusserów radzi to w Berlinie, a Rosthorn w Pradze, to tem większe znaczenie ma ten wzgląd u nas.

Przechodząc od tego ogólnego poglądu do samego cierpienia, sądzę, że krwistek zamaciczny przedstawia cierpienie, które może mieć tak wiele różnych powikłań, gdyż spotykamy się z niem w tak różnych okresach jego przebiegu, że i postępowanie nasze lecznicze musi być koniecznie różne. W obec tego istotnie zwracać musi naszą uwagę okoliczność, że u niektórych autorów napotykamy jakby szablonowe polecanie pewnego postępowania, zachwalanie pewnej metody, lub drogi operacyjnej. Szablonowość, sądzimy, jest tutaj błędną i stanowi właśnie główną przyczynę, wywołującą tak różne zapatrywania na sposób leczenia tego cierpienia. Każdy przypadek powinien być dla siebie należycie oceniony i dla każdego poszczególnego przypadku powinnyśmy odnaleźć wskazania do postępowania. Dla każdego przypadku musi być plan postępowania obmyślany, do wyboru służą nam sposoby używane. Tak jak nie możemy uwzględniać tylko postępowania zachowawczego, a ganić postępowanie operacyjne, tak też nie możemy być zwolennikami postępowania tylko operacyjnego. Podobnie też nie możemy polecać więcej jednego postępowania operacyjnego, niż drugiego. Raczej powiedzieć musimy, że w obec pewnych przypadków tylko pewne postępowanie może być dobre i wskazane. W jednym przypadku może się nadawać laparotomia, podczas gdy inne postępowanie jest nieracyonalne, w innym znowu tylko operacya wykonana przez pochwę ma racyę bytu, a wszelka inna jest niestósowną.

Aczkolwiek poglądy autorów są tak sprzeczne, a niektóre mają cechę szablonowości, to przecież ujawnia się dążność do indywidualizowania przypadków: zgodnie prawie, z nielicznymi tylko wyjątkami, radzą operatorowie, jeżeli krwistek przechodzi w ropienie, aby go otwierać przez pochwę, a niektórzy polecają laparotomię, wykonaną podotrzewnowo. Tak, jak dla szczególnego przypadku zropienia polecają autorowie ten, nie inny sposób postępowania, tak samo też i dla innych poszczególnych powikłań powinniśmy postawić ścisłe wskazania i wtenczas, sądzę, byłaby dopiero rzecz uporządkowana i mogłoby zwolna nastąpić ujednostajnienie w leczniczem postępowaniu wobec krwisteku.

Widziałem wiele przypadków krwisteku o rozmaitym przebiegu i towarzyszące mu powikłania, różne też stosowałem postępowanie. Na podstawie tej przyswoiłem sobie pewne poglądy na leczenie krwisteku, które tu skreślić pragnę.

We wszystkich przypadkach niepowikłanych, to jest w przypadkach krwisteku miesiączkowego, dalej tam, gdzie guz nie jest wielki, niema znaczniejszych objawów uciskowych, nie występują następowe krwotoki, a do tego u osób zamożnych, mogących mieć należytą opiekę i wygody w domu, nadto u osób, które mogą pozostawać czas długi w szpitalu, radzę postępowanie zachowawcze. W tym celu najważniejszem jest spokojne leżenie w łóżku, w przypadkach świeżych, gdzie się jeszcze sączenia krwi domyślać mogę, okłady lodowe na brzuch. Uważanie na oddawanie moczu i stolca. W razie potrzeby odprowadzanie moczu cewnikiem i bardzo ostrożne lewatywy z oliwy. Ważnem jest, aby chore mocz i stolce oddawały w leżącem położeniu do podsuniętego basenu w łóżku. Do przesłania łóżka przenosi się chore na rękach, albo przesuwa na prześcieradle na obok przygotowane, świeżo usłane łóżko. Jeżeli chora bardzo niedokrewna i osłabiona, radzę częste podawanie wina w małych ilościach. Jeżeli jest sączenie krwi na zewnątrz z części sromowych, polecam *Extractum Hydrastis Canadensis per os* od 60—100 kropli dziennie. Dyetę radzę posilną, lekko strawną.

Szczególniejszą uwagę zwracam na to, aby przepisy te były surowo przestrzegane w okresie miesiączkowym, o ile mnie bowiem doświadczenie nauczyło, to dodatkowe następowe ulania się krwi i nagłe powiększanie się guza przydarza się zwykle jużto w czasie obfitszego krwawienia na zewnątrz, zatem w domniemanym okresie miesiączkowym, jużteż przy czynnych ruchach osoby chorej przy wzmożeniu ucisku wśródnaczynnego.

Przy takiem postępowaniu ściśle przeprowadzonem, nawet w przypadkach, które się groźnie zapowiadają, następuje, acz powolne, polepszenie. Postępowanie takie stosuję tak długo, jak długo chora gorączkuje. Lód z brzucha usuwam, skoro minęły objawy podrażnienia otrzewnowego i niema znaków przemawiających za trwaniem wewnętrznego sączenia krwi. Gdy minie pierwszy okres miesiączkowy pomyślnie, bez nowego krwawienia do wewnątrz, chora nie gorączkuje, polecam leki wsysające, zrazu przez powłoki brzuszne i odbytnicę, a gdy niema już wydzieliny krwawej z części rodnych — i przez pochwę. Jeżeli widzę zmniejszanie się guza, jeżeli guz jest przy badaniu niebolesny, polecam kąpiele, zwracam jednak uwagę na to, aby ich nie zaczynać tuż przed nadchodzącym okresem miesiączkowym, ale poczynam je dawać tuż po ukończeniu tego okresu, zrazu co 3-ci, potem co drugi dzień. Kąpiele polecam pełne. Tu jednak nadmienić muszę, że chora nie powinna sama wchodzić do kąpieli, ale musi być na prześcieradle lub na rękach do kąpieli wkładana. Do tego celu nadają się wanny nizkie a szerokie.

Czynne ruchy wykonywać, względnie wstawać i chodzić, pozwalam dopiero wówczas, gdy przynajmniej dwa okresy miesiączkowe minęły pomyślnie i chora miesiączkowała, acz obficiej, ale bez innych zaburzeń, gdy przy badaniu niema najmniejszej bolesności, gdy guz nie okazuje nigdzie elastyczności, któraby się pozwalała domyślać płynnej

treści, czyli skoro mogę przypuścić, że guz przedstawia nawskróś części stałe, jużto skrzepy, które się organizują, jużteż złogi wypocinowe, które się wsysają, wówczas ruch mierny, bardzo ostrożny, poza okresem miesiączkowym, jest nawet korzystny, bo pobudza wessanie, wówczas nadają się leczenie kąpielowe, solanki, kąpiele błotne.

W ten sposób widziałem, acz powolny, ale gładki przebieg w wielu leczonych przypadkach. Zaznaczyć jednak muszę, że takie leczenie trwało prawie zawsze kilka miesięcy i w tej mierze muszę się zgodzić z Fehlingem, który oznacza czas, potrzebny do wessania guza wielkości główki dziecka donoszonego, na 6 miesięcy. W wyjątkowych tylko przypadkach krwisteku miesiączkowego, albo gdy wylew krwi bardzo mały, możnaby przyjąć przeciętny czas leczenia krótszy. W przypadkach powikłań i w tych, w których, po dłuższym przeciągu czasu nie widzimy dążności do ustępowania cierpienia, postępowanie to nie wystarcza i musimy się zwrócić do postępowania chirurgicznego. (D. c. nast.)

II. O anomaliach odruchów, w szczególności kolanowych i o towarzyszących im uczuciach (sensacyach) w przypadkach nerwic.

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Ciąg dalszy).

Nerwowość.

Zgodnie z Strümpellem, Moebiusem i innymi rozróżniam nerwowość i niedomogę nerwową, jako postępujące chorobowe stopniowania. Pierwszy z wymienionych autorów rozumie przez nerwowość trwałą drażliwość i wrażliwość psychiczną ze skłonnością do wyobrażeń lękliwych, wywołującą rzuty obwodowe różnorodnych sensacyj podmiotowych. Charakter niedomogi nerwowej według Strümpella przybiera nerwowość wtenczas, jeżeli łączy się z nią silniejsze osłabienie energii psychicznej i sił fizycznych, oraz wzmożenie wymienionych lęków i obwodowych sensacyj.

Spostrzeżenie III. Wywiady: Pacyentka, licząca lat 59, nie jest neuro-psychopatycznie obciążoną. Ojciec jej zmarł na uwiąd starczy w 88 roku życia, matka na „puchlinę wodną“, licząc lat 54. Z braci jeden zmarł z duru brzusznego, drugi skutkiem „puchliny wodnej“, trzeci z gruźlicy płuc. Chora ta, żyjąc w niedostatku, cierpiała w młodości wielokrotnie na nieżyt żołądkowy i kurcze, którym ulegała przy każdorazowem miesiączkowaniu między 18 a 48 rokiem życia. W latach ostatnich stan jej zdrowia był znośny. Przed rokiem dopiero uległa znacznemu wyczerpaniu i osłabieniu sił skutkiem kilkomiesięcznego pielęgnowania powierzonej jej opiece osoby umysłowo-chorej. Obecnie cierpi ona przedewszystkiem na wzmożoną drażliwość i wrażliwość, z któremi się łączą niepokój i rozdrażnienie, przerywane chwilami przygnębieniem. Siła woli i chęć do pracy czasami bywają osłabione. Sen niespokojny, łaknienie nierówne. Niekiedy chora odczuwa ciśnienie w okolicy czołowej, ból i zajęcie głowy, nadto rwące bóle w plecach, jakoteż w górnych i dolnych kończynach, zwłaszcza przy wykonywaniu ruchów, wreszcie skarży się na uczucie trętwienia i mrowienia w rękach, oraz na sensacyę ciśnienia w sercu.

Stan obecny: Pacyentka budowy silnej; mięśnie i podściółka tłuszczowa średnio rozwinięte; cera twarzy i zabarwienie skóry żółtawe. Dostępne dla oka błony śluzowe nie przedstawiają oznak niedokrewności. Czynność serca nieregularna; wstrząśnienia od uderzeń serca i jego koniuszka wprawdzie niewidoczne, lecz słabo wyczuwalne, ostatnie w piątem międzyżebrzu, wewnątrz linii sutkowej, na rozległości dwóch do trzech palców. Kształt przytłumienia sercowego prawidłowy. Pierwszy ton nad koniuszkiem i u podstawy serca niezupełnie czysty, drugi ton nad wielkiemi naczyniami dość silnie zaakcentowany. Tętno sprychowe miernie napięte, nierówne. Czynność płuc i innych narządów wewnętrznych prawidłowa. Odczyn źrenic na światło i akomodacyę prawidłowy. Wybitny znak Rosenbacha, znaku Romberga niema. Stawy nie okazują obrzmień i nie są, równie jak głowa, kręgosłup i nerwy obwodowe, wrażliwe na ucisk. Lekki tępy ból odczuwa chora przy uciskaniu okolicy jajnika lewego. Wysunięty język drży lekko. Odruchy kolanowe są bardzo wzmożone. Uderzenia ręką lub młoteczkiem w więzadło rzepkowe wywołują kilko- (3—4) razowe, szybko po sobie następujące silne ściąganie się mięśnia czterogłowego z typem drgawkowym Erba. Chora odczuwa przytem obustronnie nieprzyjemne, bliżej, jak podaje, określić się niedające uczucie w miejscach uderzenia w więzadło rzepkowe. Uczucia tego nie mieni bólem, chociaż twarz jej przybiera wyraz cierpienia. Odruchy ścian brzusznych żywe i dość znacznie wzmożone. Mocz nie zawiera składników chorobowych. Rzuty (projekcye) psychiczne: postawa i wyraz twarzy okazują raz zobojętnienie, to znowu przygnębienie lub rozdrażnienie. Rozpoznanie: *Nerwowość wywołana wyczerpaniem sił.* Terapia i przebieg: Znaczne bardzo polepszenie po kilkomiesięcznym wypoczynku i pobycie na wsi.

Spostrzeżenie IV. Wywiady: Ojciec i rodzeństwo 16-letniej pacyentki są według jej podania najzupełniej zdrowi. Matka cierpi od młodości na migrenę, a od lat kilku na znaczne bardzo osłabienie wzroku, którego bliższej przyrody pacyentka określić nie umie. W dalszym jej rodowodzie nie znachodziły się nigdy choroby nerwowe i umysłowe. Z chorób dziecięcych przechodziła płonicę i odrę. Zresztą była zupełnie zdrową. Przed dwoma miesiącami przeraził ją nagły zgon jednego z przyjaciół rodziny, zmarłego na udar mózgowy. Odtąd chora ta cierpi na wzmożoną drażliwość i wrażliwość, niepokój wewnętrzny, niechęć do pracy, brak zaufania do siebie, z czem łączą się usposobienie miękie i nastrój przygnębiony. Na tle tych nastrojów psychicznych występują w samowiedzy chorej lęki, połączone z samopoddawaniem, mianowicie, że rzekomo cierpi ona to na nieuleczalną chorobę sercową, to znowu na suchoty. Prócz tego skarży się pacyentka na kłójące i rwące bóle latające w piersiach, plecach i ramionach, nadto na drgania mięśni w kończynach górnych.

Wyżej wymienione uczucia lęku występują jako sensacye najsilniejsze. Pojętność, kojarzenie pojęć umysłowych, oryentowanie się w czasie i przestrzeni nie są wprawdzie zaburzone lękami; rozstrzeliwają one jednakże uwagę chorej lub spowodowują psychiczny nastrój, przez nie wywołany. Poddanie się i przygnębienie wzbierają zwykle wśród lęków gwałtownie i powodują chorą niejednokrotnie do głośnego łkania. Czasami wśród nich odczuwa ona silne kołatanie serca, blednie i drży na całem ciele. Drżenie to przedłuża się nieraz $^1/_4$—$^1/_2$ godziny i po ustąpieniu lęków. Oddechanie wśród takiego stanu jest prawidłowe.

Stan obecny. Pacyentka budowy dość silnej; mięśnie i podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięte; cera twarzy różowa, barwa skóry biało-żółtawa. Zabarwienie widzialnych błon śluzowych lekko-różowe. Czynność serca dość silna, lecz nierówna, arytmiczna i przyspieszona. Uderzenie serca i koniuszka sercowego (na wewnątrz od linii sutkowej) daje się spostrzegać jako nierówne i arytmiczne wstrząśnienia ściany klatki piersiowej w piątem międzyżebrzu. Kształt przytłumienia sercowego prawidłowy; tony serca tępe, nie-

równe, arytmiczne, ale czyste. Tętno sprychowe, dochodzące do średniej siły, nierówne, arytmiczne i przyspieszone (80—92 uderzeń na minutę). Tętnica sprychowa ma napięcie zmienne. W jamach nadobojczykowych słychać buczenie i dostrzegać się daje tętnienie żył. Głowa, kręgosłup i nerwy obwodowe nie są wrażliwe na ucisk. Drażliwość skóry całego ciała wzmożona. Wybitny *znak Rosenbacha*, znaku Romberga niema. Źrenice rozszerzone z żywym bardzo na światło i akomodacyę odczynem. Ruch oczu prawidłowy. Odruchy kolanowe, niezwykle wzmożone, okazują zwłaszcza po stronie lewej kilkorazowe, szybko po sobie następujące drgania mięśnia czterogłowego, którym towarzyszą mniej silne falowania antagonistów, jako też mięśnia bliźniaczego łydki *(gemellus surae)*. Każde uderzenie w więzadło rzepkowe wywołuje po stronie lewej, prócz odruchu kolanowego, wybitne drgania nogi, oraz drżenie całego ciała, które jest silniejszem po stronie uderzenia, niż po stronie przeciwległej. Przytem odczuwa chora w następstwie uderzenia pomienionego łechcącą sensacyę w palcach nogi odnośnej, a zarazem uczucie, które określa jako lęk. Odruchy ścian brzusznych wzmożone. Mocz wolny od składników chorobowych.

Płuca i inne przyrządy wewnętrzne funkcyonują prawidłowo. Ruchy i wejrzenie stawów są prawidłowe.

Rozpoznanie: *Nerwowość, spowodowana wstrząśnieniem psychicznem.* Terapia i przebieg choroby: Uleczenie pod wpływem poddawania, rozrywek, lekkiej faradyzacyi, mięsienia i ciepłych (na 28° R.) kąpieli, stósowanych dwa razy tygodniowo.

Niedomoga nerwowa.

Spostrzeżenie V. Wywiady. Pacyent lat 30 liczący, mecenas z zawodu, obciążony jest dziedzicznie. Ojciec jego był, jak podaje, bardzo nerwowy i zmarł w 58 roku życia z udaru mózgowego. Babka po mieczu skończyła życie samobójstwem. W ten sam sposób zeszedł ze świata jeden z braci chorego; jedna ze sióstr znajduje się w domu obłąkanych. Matka pacyenta i dwie jego siostry są zdrowe. Pacyent nie przechodził żadnych chorób dziecięcych; był jednakże nerwowy już za młodu. Nerwowość ta wzmagała się w okresie oddania się z natężeniem studyom gimnazyalnym, a później uniwersyteckim. Już wówczas nosił się chory z zamiarem samobójstwa. Pacyent nie cierpiał na kiłę, nie używa tytoniu i napojów wyskokowych. W r. 1894 natężał się chory bardzo, pracując zawodowo. Nastrój jego duszy był wtenczas zmienny z przewagą jednakże przygnębienia. Odczuwał on wzmożoną psychiczną i fizyczną nużliwość. Przy dłuższem chodzeniu nużyła się, jak podaje, więcej lewa, niż prawa strona ciała. Równocześnie odczuwał chory po stronie lewej sensasyę ciśnienia. Głowa jego była zajęta. Od czasu do czasu cierpiał na kołatanie serca i duszność. Sensacye te były połączone z nagłem blednieniem lub z nagłem czerwienieniem się. Obecnie skarży się chory na uczucie osłabienia, doznawanego w całej lewej połowie ciała, najbardziej jednakże w obu kończynach tej strony. Z dolegliwością tą łączy się wzmożona drażliwość i wrażliwość, niepokój, zawroty głowy i lęk ludzi, który spowodował najzupełniejsze osamotnienie chorego.

Stan obecny: Pacyent budowy silnej; mięśnie i podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięte. Barwa skóry żółtawoczerwonawa; widzialne błony śluzowe-czerwone. Zęby krzywo osadzone w szczękach; płatki uszne zrośnięte. Czynność serca nierówna co do siły i nieregularna. Wstrząśnienia serca wyraźnie dostrzegalne i wyczuwalne. Uderzenia koniuszka sercowego dają się wyczuć w piątem miedzyżebrzu na wewnątrz od linii sutkowej na przestrzeni mniej więcej trzech palców. Tony serca nieregularne, tępe i trochę przyśpieszone; kształt przytłumienia prawidłowy. Tętno niezbyt silne, nieregularne i trochę przyśpieszone (76 uderzeń na minutę). Tętnica sprychowa okazuje zmienną pełność i napięcie. Czynność płuc i innych narządów wewnętrznych prawidłowa; wejrzenie stawów i ich ruchomość prawidłowe; kręgi piersiowe i lędźwiowe wrażliwe na ucisk; nerwy obwodowe nie przedstawiają tej nieprawidłowości. — Odruchy kolanowe bardzo wzmożone. Uderzenie w więzadło rzepkowe młoteczkiem lub ręką powoduje nie tylko ściąganie się mięśnia czterogłowego z typem drgawkowym Erba, ale równocześnie drgania w antagonistach jego i w mięśniach ścian brzusznych: w ostatnich prążkowate i włókienkowate falowania. Równocześnie odczuwa pacyent w miejscu uderzenia trudno się określić dające nieprzyjemne uczucie, znaczące się na twarzy wyrazem bólu. Odruchy brzuszne, niezwykle wzmożone, tworzą bruzdę głęboką, biegnącą od pępka ku słabiznom i wstrząsają zarazem żywem falowaniem okolice śródi podbrzusza. Oczy chorego trochę wypukłe; źrenice rozszerzone; odczyn ich na światło i akomodacyę bardzo żywy. Prądem faradycznym daje się stwierdzić częściowe znieczulenie całej lewej strony ciała. Wybitny znak Rosenbacha, znaku Romberga niema. Mocz nie zawiera żadnych składników chorobowych. Nastrój psychiczny zmienny, raz rozdrażnienie i niepokój, to znowu przygnębienie.

Rozpoznanie: *Niedomoga nerwowa z poszczególnymi rysami histerycznymi na podstawie dziedzicznego obciążenia.*

Przebiegu choroby podać nie mogę z powodu, że chory zmieniał ustawicznie lekarzy. (Dok. nast.)

* * *

III. Oceny i sprawozdania.

L'année chirurgicale, revue encyclopedique de chirurgie générale et spéciale, publiée par le docteur A. Depage, agrégé à l'université libre de Bruxelles. Premiere Année: 1898. — Bruxelles, Henri Lamertin, 1899.

Mamy przed sobą wielki tom w 8-ce o 1970 stronach druku, stanowiący pierwszy rocznik zbiorowego wydawnictwa chirurgicznego i obejmujący w streszczeniu prace z zakresu chirurgii, lub będące w jakim z nią związku, ogłoszone w ciągu roku 1898. Wydawnictwo to, zakreślone na szeroką skalę, ma na celu stworzenie najdokładniejszej „encyklopedyi chirurgicznej“ w każdym roku. Ażeby dać pojęcie o ogromie włożonej w to pracy, wystarczy nadmienić, iż pierwszy ten rocznik zawiera streszczenie 8000 prac, w najróżniejszych językach wydanych. Pod względem obszerności i opracowania treści rocznik ten stoi o wiele wyżej od niemieckich *Centralblattów*, dając rzeczywiście encyklopedyczny obraz stanu chirurgii w ciągu roku. Bardzo dobrze obmyślany jest układ książki, ułatwiający szukającemu nietylko znalezienie wiadomej jakiejś pracy, lecz i przedstawiający mu zarazem wszystko, co w zajmującej go sprawie zostało napisane w ciągu ubiegłego okresu czasu. Komitet współpracowników liczy kilkadziesiąt nazwisk, przeważnie Belgów, wśród których znajdujemy nazwisko polskie, dra Józefy Joteykówny, zdającej w roczniku sprawę z literatury polskiej i rosyjskiej. Streszczenia robione są dość obszernie i na ogół wyczerpująco i dobrze. Redakcya zwraca się do wszystkich autorów chirurgicznych z prośbą o nadsyłanie swych prac i, o ile możności ich streszczeń, które będą umieszczane jako autoreferaty. W ten sposób, pisze Redakcya, osiągnie się ideał współpracownictwa chirurgów całego świata.

Strona zewnętrzna książki nie przedstawia nic do życzenia. „Rocznik chirurgiczny“ przedstawia zjawisko bardzo pożądane i wobec olbrzymiego wzrostu literatury lekarskiej i jej wielojęzyczności, bardzo na czasie, — książkę, której wartość oceni należycie każdy, kto sam się przekonał, ile mozołu i czasu poświęcić częstokroć trzeba na rozejrzenie się w piśmiennictwie badanej przez się sprawy.

Doc. Dr. Kryński.

IV. Wyciągi.

Dr. Bie Valdemar: **Fototerapia Finsenowska.** (*Therapeutische Monatshefte*, 1900, 1). „Finsen's medicinske Lysinstitut“ w Kopenhadze jest publicznym zakładem naukowym, prowadzonym pod kierunkiem prof. Finsena. Powstał w r. 1896 za staraniem grona profesorów uniwersytetu i ludzi prywatnych, a obecnie utrzymuje go państwo duńskie, gmina Kopenhagi i fundusz Carlsbergowski. Zakład dzieli się na oddział pracowniany i kliniczny. Asystentem pierwszego oddziału jest autor, który zaznajamia nas szczegółowo z teoryą i praktyką fototerapii Finsenowskiej.

Finsen wyszedł z dwu pewników, jakie posiada nauka o działaniu światła na żyjące ustroje, a mianowicie: 1) światło wywołuje zapalenie na skórze; 2) światło zabija drobnoustroje. Na podstawie tych pewników utworzył swoją fototerapię. Co do pierwszego pewnika, że światło wywołuje zapalenie skóry, aż do ostatnich czasów sądzono powszechnie, że dzieje się to wskutek ogrzania skóry. Tymczasem spostrzeżenia dokładne dowiodły mylności tego zapatrywania. I tak w wycieczkach po lodowcach w ciepłocie poniżej zera może przyjść do zapalenia skóry. Tak samo powstaje na skórze rumień pod wpływem silnego elektrycznego światła łukowego, które posiada zaledwie mało co promieni cieplnych w porównaniu do ilości promieni świetlnych i pozafiołkowych.

Rzeczywiście pierwszy prof. Widmark ze Stokholmu za pomocą doświadczeń udowodnił, że zapalenie skóry pod wpływem światła zawdzięcza swój początek działaniu promieni najbardziej łamliwych czyli pozafiołkowych.

Potwierdziły to badania Finsena, który przepuszczał światło słoneczne przez soczewkę z kryształu górnego. Tak samo jak z doświadczeń Widmarka pokazało się, że dopiero promienie pozafiołkowe mogą wywołać zapalenie, inne promienie, jeżeli się usunie możliwość spalenia skóry za pomocą przepuszczania tych promieni przez wodę, już nie są tak silne, aby mogły sprowadzić zapalenie skóry. Największe znaczenie w wywołaniu zapalenia skóry mają promienie pozafiołkowe, mniejsze już promienie fiołkowe i niebieskie, a żadnego znaczenia nie posiadają promienie zielone, żółte i czerwone.

Ten ciekawy udział pewnych promieni w wywoływaniu zapalenia skóry wyzyskała już terapia. I tak, można zapobiedz wyrzutom skórnym, jakie powstają u pewnych osób pod wpływem słońca na wiosnę i w lecie, poleciwszy nosić czerwoną lub żółtą zasłonę na skórze. Również zalecono nacierać skórę rozczynem chininy, albowiem skóra taka nie przepuszcza promieni pozafiołkowych, które zmieniają się w promienie nieszkodliwe o mniejszej łamliwości.

Na tych zasadach powstała t. zw. ujemna fototerapia, tj. leczenie rozmaitych osutek, a szczególniej ospy przez wykluczenie promieni chemicznych. Finsen rozumował w ten sposób, że jeżeli promienie chemiczne mogą sprowadzić zapalenie skóry prawidłowej, to mogą także pogorszyć już istniejące zapalenie. Jest też powszechnie znaną rzeczą, że części ciała, najbardziej narażone na światło, jak twarz i ręce, najczęściej szpecą głębokie i gęste blizny „dzióby“ po ospie. Zamiast trzymać chorych w ciemni, można to z równym pożytkiem uczynić w świetle czerwonem. Robi się to tak, że w okno wprawia się szybę czerwoną, a resztę okna zasłania się tkaniną czerwoną, taką samą, jakiej używają fotografowie. Inne okna i drzwi zasłania się w zupełności, a do świecenia używa się lampy czerwonej, także takiej samej, jaką się posługują fotografowie w ciemni. Chorzy przyzwyczajają się do tej czerwoności, jaka panuje w pokoju, tylko niektórzy doznają niemiłego wrażenia niepokoju, lecz objawy te rychło ustępują. Dotychczas leczono w ten sposób około 150 przypadków ospy, pomiędzy nimi wiele nieszczepionych, a lekarze, którzy używali tego sposobu leczniczego, godzą się na jedno, że jest to leczenie bardzo skuteczne. Nawet w początkach ropienia osutki ospowej można powstrzymać sprawę. W przypadkach, leczonych od samego początku w świetle czerwonem, wcale nie występuje ropienie. Ma się również odbijać korzystnie ta „ujemna fototerapia“ na całym przebiegu ospy. Objawy zależne od ropienia nie pojawiają się, cała choroba skraca się i łagodnieje.

Tak samo korzystnie wpływa ujemna fototerapia na przebieg odry, jak pokazują przypadki autora francuskiego Chatinièrea. Należy się spodziewać, że podobnie dobrze wpłynie ujemna fototerapia na przebieg płonicy lub róży, choć pod tym względem brak spostrzeżeń.

Oprócz fototerapii ujemnej zastosował prof. Finsen „fototerapię dodatnią“ i to jest właściwie jego tak głośna w świecie metoda leczenia tocznia (*lupus*).

Fototerapia dodatnia polega na użyciu promieni niebieskich, fiołkowych i pozafiołkowych, czyli t. zw. chemicznych, jako czynnika leczniczego w chorobach skórnych miejscowych pochodzenia drobnoustrojowego. Przesłanką do fototerapii dodatniej jest drugi pewnik, wymieniony na czele, że światło zabija drobnoustroje. Chodzi tu znowu o rozstrzygnięcie, które to promienie światła działają tak silnie na bakterye.

Z wyników bardzo wielu badaczy zdaje się wypływać, że czynią to również promienie chemiczne. Autor przeprowadzał bardzo dokładne doświadczenia, które można uskutecznić tylko w tak wyposażonej specyalnie pracowni, jaką rozporządza zakład Finsenowski — i doszedł na podstawie ich do takiego samego wniosku, że działanie bakteryobójcze światła zasadza się prawie wyłącznie na promieniach niebieskich, fiołkowych i pozafiołkowych. Inne promienie, jak czerwone, żółte i zielone posiadają tylko nieznaczną siłę bakteryobójczą, kiedy promienie pozafiołkowe działają w tym kierunku nadzwyczaj mocno. A więc, te same promienie, które sprawiają zapalenie skóry, zabijają bakterye. Z tego zachowania się promieni urosło zaraz wskazanie dla terapii: światło, używane do zabijania drobnoustrojów, musi zawierać możliwie najwięcej promieni chemicznych.

Z początku sądził Finsen na zasadzie doświadczeń innych badaczy, że w pewnej części skóry, gdzie ma się zniszczyć bakterye zapomocą światła, trzeba utrzymać przekrwienie. Tak dowodziły doświadczenia Godneffa, że drobnoustroje giną najszybciej pod wpływem światła przy obfitym dowozie tlenu. Rychło jednak zmienił Finsen zapatrywanie, ponieważ, jak się przekonał, krew pochłania promienie chemiczne światła. Obecnie więc stara się, aby narząd, na który ma działać światło, znajdował się w stanie niedokrewności, a nawet bezkrwistości.

Ostatecznie przy użyciu światła, jako środka leczniczego, powinno się uwzględnić następujące warunki: światło ma być jak najsilniejsze, bo wtedy zawiera najwięcej promieni niebieskich, fiołkowych i pozafiołkowych, powinno zaś posiadać jaknajmniej promieni cieplnych; część skóry wystawiona na działanie światła winna się znajdować w stanie niedokrewności, a nawet bezkrwistości, równocześnie trzeba wykluczyć spalenie skóry zapomocą odpowiednich urządzeń.

W myśl tych zasad postępuje Finsen w swoim zakładzie, używając w lecie, o ile jest niebo czyste, światła słonecznego. W innych porach roku i w czasie zachmurzenia posługuje się elektrycznem światłem łukowem o sile 50—80 Amp. i prawie 50 Volt. Do skupienia światła używa się soczewek i to do światła elektrycznego soczewek z kryształu górnego, a do światła słonecznego soczewek szklanych. Różnica ta w użyciu soczewek polega na właściwości światła elektrycznego, którego promienie posiadają o wiele mniejszą długość fal, aniżeli promienie słoneczne, a właśnie kryształ górny przepuszcza te promienie o falach krótkich (aż do 200 $\mu\mu$). Zresztą doświadczenia z bakteryami, oświetlanemi zapomocą soczewek kryształowych a szklanych, poparły wia-

domości teoretyczne. Mianowicie pod wpływem światła elektrycznego, skupionego przy pomocy soczewki z kryształu górnego, ginął *bacillus prodigiosus* w kilku sekundach, podczas kiedy przy użyciu soczewki szklanej w tych samych warunkach obumierał ten prątek dopiero po pół godziny.

Pomiędzy dwiema soczewkami szklanemi, objętemi obręczą mosiężną, znajduje się rozczyn jasnoniebieski siarkanu miedziowego, który ochładza promienie światła słonecznego, pochłaniając promienie pozaczerwone najgorętsze, a także część promieni czerwonych, żółtych i zielonych. Chory leży lub siedzi, a przed nim umieszczona soczewka rzuca światło słoneczne na chorą część ciała. Soczewki z kryształu górnego do skupiania promieni światła elektrycznego są w połączeniu z osobnym przyrządem, który autor szczegółowo opisuje i opis objaśnia rysunkami. Należy tu jeszcze osobny przyrząd do oziębiania skóry i wywierania na nią ucisku, aby miejsce naświetlone znajdowało się w stanie bezkrwistości.

Głównym przedmiotem leczenia w zakładzie Finsenowskim jest toczeń. Oprócz tego objęto próbami także inne miejscowe schorzenia skóry, polegające już nie na bakteryach, ale na grzybkach pleśniowych. Doświadczenia te nie są jeszcze skończone; w każdym razie zapowiadają się dobrze, bo pokazało się, że tak samo, jak bakterye, zabija również światło pleśnie, powodujące choroby skórne: *Achorion Schoenleinii*, *Trichophyton tonsurans* i inne.

Dotychczas leczono w zakładzie Finsenowskim około 400 przypadków tocznia. Z wyjątkiem 5 przypadków we wszystkich fototerapia okazała się znakomitym środkiem leczniczym. Skutek jest tak nieodzowny i pewny, że przypadek, opierający się fototerapii, można uważać za źle rozpoznany. W tych pięciu przypadkach z wynikiem ujemnym przyczyna leżała w rozszerzeniu nadmiernem tocznia, który objął kilka miejsc na skórze, albo w zagłębokiem usadowieniu choroby, dokąd już światło nie mogło dojść. Pierwotnie przez $2^1/_2$ roku leczono chorych tylko samem światłem, aby się przekonać o działaniu leczniczem. Kiedy już jednak nie było żadnej wątpliwości, że światło leczy tocznia, użył profesor Finsen maści pyrogalowej, aby przyspieszyć leczenie, które wymaga bardzo długiego czasu. Maść pyrogalowa wygładza skórę i czyni ją bardziej przepuszczalną dla światła. Dotąd leczono fototerapią tylko tocznia na skórze, oraz na dostępnych błonach śluzowych, jak na przegrodzie nosa, na przednich częściach dziąseł, na języku, na wargach. Zmiany na innych głębokich błonach śluzowych pędzlowano rozczynem J+JK. i wypalano galwanokauterem.

Statystyka przypadków, leczonych właściwie, nie może dać wyobrażenia o skutku leczniczym, ponieważ przedewszystkiem trzeba znać przypadek. Rozpoznanie: *lupus* jeszcze nic nie mówi, należy go widzieć, aby należycie ocenić. Toteż autor na tej zasadzie, chcąc dać w przybliżeniu wyobrażenie, co można zrobić zapomocą fototerapii Finsenowskiej, dołączył do pracy swej trzy podobizny chorych przed leczeniem i po wyleczeniu. Są to rzeczywiście wyniki zdumiewające. Fotografie trzech kobiet ze zmianami rozległemi na nosie i wardze górnej są bardzo pouczające. Po leczeniu, które trwało około $^1/_2$ roku do 1 roku, zmiany zupełnie ustąpiły, owrzodzenia zabliźniły się, guzki w otoczeniu również zginęły, a blizny mają jeszcze tę własność, że są cienkie i mało znaczne.

Postępowanie lecznicze jest zgoła nie boleśne, a skutek kosmetyczny najlepszy. Fototerapia nie niszczy tkanki zdrowej i chorej. Na skórze zdrowej powoduje tylko zmiany barwikowe, zresztą nie sprowadza najmniejszej szkody.

Leczenie można przerwać każdej chwili i potem znowu rozpocząć, co też się robi w zakładzie, aby chorym niezamożnym zaoszczędzić czasu. Nawroty zdarzają się, ale tylko w tem znaczeniu, że gdzieś w otoczeniu wyleczonego tocznia po jakimś czasie niekiedy pokaże się guzek, którego pierwotnie nie widziano i tylko wtedy przychodzi do nawrotu. Zresztą zdarza się to bardzo rzadko i wyjątkowo. Chodzi wówczas o guzki głęboko usadowione, które z tego powodu uszły uwadze badającego lekarza.

Oprócz tocznia zwyczajnego leczono w zakładzie Finsenowskim tocznia rumieniowego *(lupus erythematosus)*, jednakowoż z mniej pomyślnym wynikiem, objawiał bowiem skłonność do nawrotów. W każdym razie nie można jeszcze doświadczeń tych uważać za skończone, ponieważ ilość leczonych przypadków była mała. Poddawano też leczeniu fototerapią łysinę plackowatą *(alopecia areata)*, której przyczyna może być przyrody drobnoustrojowej. Dotychczasowe próby są pomyślne, ale jeszcze niedostateczne.

W zakończeniu zajmuje się autor scharakteryzowaniem fototerapii Finsenowskiej, która nie ma żadnej wspólności z rozmaitymi sposobami leczniczymi, polecanymi przez tak zwanych „przyrodolekarzy“, jak z rzucaniem światła słonecznego na skórę, przez co powstaje spalenie, a nawet zwęglenie jej, kiedy przeciwnie w fototerapii Finsenowskiej chodzi o wykluczenie promieni cieplnych światła. W zakładzie Finsenowskim pracują ciągle nad zastósowaniem światła do innych jeszcze zadań w ustroju żywym, ponieważ w celach zakładu tego znachodzą się, jak mówi ustawa zakładowa: „badania nad działaniem światła na ustroje żyjące ze szczególnem uwzględnieniem zastósowania promieni świetlnych w medycynie praktycznej“. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

R. Barącz. **Wsteczne uwięźnięcie ze skrętem sieci w jamie brzusznej.** *(Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 54, Z. 5 i 6). Do nielicznych przypadków skrętu sieci, zebranych dokładnie z piśmiennictwa, dodaje B. własny. U mężczyzny 42-letniego, z rozpoznaniem uwięźnięcia sieci w przepuklinie pachwinowej, wykonał B. cięcie przepuklinowo-brzuszne. W worku przepuklinowym znajdował się przyrośnięty dolnym końcem postronek, przechodzący ku górze w jamie brzusznej w guz wielkości pięści. Guz łączył się z siecią prawidłową większą szypułą. Dwa te postronki stanowiły oś, około której część środkowa, w postaci guza, okręciła się 5—6 razy. Guz powstał z dolnej części sieci, która, jako treść przepuklinowa, narażona na ciągłe drażnienia, uległa znacznemu zgrubieniu; okręcenie odbyło się w worku przepuklinowym, a następnie dopiero skręcona zgrubiała część sieci wsunęła się do jamy brzusznej. Sieć wyciął B. w granicach zdrowych. Nastąpiło wyleczenie. *M.*

E. Martin. **„Facies sympathica“ u powieszonych, nierówność źrenic, obrażenie nerwu szyjnego przy powieszeniu.** *(Arch. d'anthropol. crim.* T. XIV, Z. 2, 1899). Autor zauważył na zwłokach powieszonych niezwykłe wejrzenie twarzy, zupełnie identyczne ze spotykanem u chorych, którym przecięto nerw spółczulny na szyi. Wejrzenie to było wywołane nieznacznem wysadzeniem jednej gałki ocznej, niedomknięciem na temże oku powieki górnej, zupełnem opadnięciem powieki oka drugiego, wreszcie nierównością źrenic. Ten ostatni objaw, to jest nierówność źrenic, jest, według M., objawem życiowym i wyklucza pośmiertne powieszenie. *Horoszkiewicz.*

Maass. **O mechanicznych zaburzeniach wzrostu kości.** *(Berliner klin. Wochenschrift* 1900 Nr 6). Zapomocą stósowanych opatrunków gipsowych wywoływał M. u królików zaburzenia wzrostu kości przez mechaniczny ucisk i naciąganie. Doświadczenia te wykazały, co następuje: 1) Przez działanie nieprawidłowych czynników mechanicznych może uledz kość rosnąca, zresztą jednak zupełnie prawidłowa, nader łatwo zboczeniom co do swej ostatecznej postaci. 2) Zboczenia postaci są wówczas wywołane nie przez osłabienie lub wzmocnienie czynności wytwórczej okostnej i chrząstki nasadowej, lecz wyłącznie przez zaburzenia w rozmieszczeniu młodej tkanki kostnej, wytworzonej w ilości zupełnie prawidłowej. 3) Te zaś zaburzenia w rozmieszczeniu powstają według ścisłych praw mechanicznych, jako wynik fizyologicznego kierunku wzrostu w połączeniu z kierunkiem i siłą nieprawidłowych (sztucznych) oporów. Z powyższych spostrzeżeń, zwłaszcza z 2), wynika bardzo ważne i łatwo doświad-

czalnie stwierdzić się dające prawo, że każda mechaniczna przeszkoda rozrostu kości w jednym kierunku musi koniecznie wywołać oboczny (tj. równoważący) rozrost kości w innym, swobodnym kierunku (w kierunku mniejszego oporu). Ze zmianą postaci kości, wywołaną przez nieprawidłowe czynniki mechaniczne, działające na kość rosnącą, idzie w parze zmiana struktury. Przeszkadzając rozrostowi kości na długość zdołał M. wywołać w linii chrząstek nasadowych zmiany, zupełnie podobne do zmian krzywiczych. Ogólny wniosek, wysnuty z tego wszystkiego przez M. brzmi: zaburzenia wzrostu kości, wywołane przez nieprawidłowe działania mechaniczne (ucisk i naciąganie), a dotyczące zarówno kształtu jak i budowy kości, polegają na zmianach czysto mechanicznych w rozmieszczeniu tkanki kostnej, wytwarzanej zresztą w ilości fizyologicznej; działalność twórcza szpiku, okostnej i chrząstek nasadowych nie ulega przytem żadnym ilościowym zmianom.

Zastósowując wykryte przez siebie prawa do spraw patologicznych kości u ludzi, sądzi M., że i tu stósują się te same zasady, bądźto przez nadmierne działania mechaniczne na kość rosnącą, (ucisk ścian macicy na płód, ucisk obuwia, sukien i t. d.), bądź przez zwykłe, niezmienione czynniki mechaniczne na kość, mniej na nie odporną, ale rosnącą zresztą ilościowo w sposób prawidłowy (krzywica). Stąd dla wytłómaczenia zmian krzywiczych nie trzeba, zdaniem M., wcale uciekać się do zaburzeń zapalnych, odżywczych i t. p. lecz należy je pojmować jako czysto mechaniczny skutek braku soli wapniowych w kości zresztą prawidłowo wytwarzanej, jako mechanicznie wywołane zmiany w rozmieszczeniu tkanki kostnej, wytwarzanej w ilości fizyologicznej. *Ciechanowski.*

Dr. H. Salomon. **O ucisku mózgowym w durze brzusznym.** *(Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 6, 1900). Objawy mózgowe w przebiegu duru brzusznego pochodzą albo z ropnego (z prątkami durowymi) zajęcia półkul, albo wskutek bezpośredniego zadziałania istot wydzielniczych tychże drobnoustrojów, co często daje powód do wytwarzania się wypociny i zwiększenia tem samem parcia śródczaszkowego. Na podniesienie się tego parcia zwrócił Salomona uwagę obraz wziernikowy dna oka, który już w początkowych okresach duru okazywał u chorych zamazanie i przekrwienie tarczy. Przedsięwzięte w tych przypadkach nakłócie lędźwiowe sprowadzało stale poprawę w zakresie zajętego sensoryum. *St. B. K.*

Dr. Ant. Bum. **O niezborności pochodzenia rdzeniowego i wyrównywającem jej leczeniu zapomocą ruchów.** *(Wiener med. Presse* Nr. 6, 1900). Działanie lecznicze ćwiczeń ruchowych, stósowanych przy bezładzie, zasadza się na powtórnem niejako wychowaniu ośrodków regulujących i na przystósowaniu ich do tej małej ilości wrażeń czuciowych, jaka jeszcze pozostała chorym niezbornym. Jak z jednej strony bezład odznacza się bezcelowością i nadmiernym wysiłkiem pracy przy wykonywaniu lekkich stosunkowo ruchów, — tak z drugiej strony cały ten sposób leczenia ma na oku metodyczną celowość i dlatego nie jest on ćwiczeniem mięśni, lecz nerwów. U tabetyków n. p., u których istnieje łatwa rozrywalność mięśni, kruchość kości, a u których prawie brak uczucia znużenia, zwykła gimnastyka jest przeciwwskazaną, a natomiast te ćwiczenia ruchowe mają tu racyę bytu. Techniki całego żmudnego postępowania opisywać trudno, nadmienić jednak wypada, że najlepsze wyniki dają te przypadki niezborności, które na jakiś czas przycichły, — najgorsze zaś te, które się szybko rozwijały. U osobników wyniszczonych, lub dotkniętych wadą ustrojową, leczenie to jest przeciwwskazane. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Dr J. Zabłudowski. (Berlin). **Przyczynek do leczenia niezdolności płciowej u mężczyzn.** *(Medicin.-Chirurg. Central-Blatt Nr. 3 i 4, 1900).* Jako znamienne cechy tego cierpienia podaje autor zwiotczałe narządy płciowe, a w szczególności nadmiernie skurczone prącie, następnie jądra, będące w okresie zanikania i punkta bolesne bądź na samych jądrach, bądź w okolicy międzykrocza; — z objawów, napotkać można zawsze niedostateczne naprężanie się członka, zaburzenia w wytrysku nasienia, często także i w oddawaniu moczu, nadto tacy chorzy odznaczają się pewnym stopniem śledziennictwa, zwiększonym jeszcze w dniu, w którym nie było wypróżnienia. Przechodząc do przyczyn, wywołujących niezdolność płciową, podnosi Z. w pierwszym rzędzie samogwałt, nadużycia w spółkowaniu, wreszcie choroby cewki moczowej i w ślad za tem idące drażnienia różnego rodzaju zgłębnikami, cewkami i t. p., — w ostatnim zaś dziesiątku lat mnożą się przypadki, w których powodem omawianego cierpienia bywa spółkowanie przerywane *(coitus interruptus)*, uprawiane przez długie lata.

Leczenie winno być dwojakiego rodzaju: 1) psychiczne, zasadzające się na odzwyczajeniu chorego od ewentualnych nałogów i na podniesieniu jego utraconej ufności w możliwość spółkowania; 2) mechaniczne — mięsienie jąder, sznurków nasieniowych, międzykrocza, powłok brzusznych i stosu kręgowego. Opisywanie wszystkich szczegółów i szczególików tego mięsienia przechodziłoby zakres wyciągu, to tylko nadmienić wypada, że podczas tych rękoczynów, ani prącia, ani pośladków tykać nie należy, jak również, że w przypadkach niezdolności płciowej, powikłanej z utrudnionem oddawaniem stolca, odbywa się mięsienie w pozycyi chorego kolankowo-łokciowej. Całe leczenie trwa 6—8 tygodni, przyczem chory ma się wstrzymać od spółkowania, a ćwiczyć się w zajęciach, dotychczas mu obcych (jazda na kole, pływanie), co wiele się przyczynia do odwrócenia uwagi chorego od jego cierpienia. Po skończonem leczeniu przeciw słabej jeszcze erekcyi bardzo skutecznym środkiem pomocniczym bywa pomazanie prącia wazeliną; w przypadkach zaś przedwczesnego wytrysku nasienia, pomazanie członka maścią parafinową lub lanoliną. W końcu zaznacza Z., że chorym, cierpiącym na pomazania nocne, których przyczyną był kilka lat trwający samogwałt, zalecić nadto należy twarde podłoże, mleko lub kakao na wieczór, a zabronić napojów wyskokowych. W przypadkach zaś nasieniotoku, który zwykle bywa następstwem trwającego długi czas spółkowania przerywanego, kładzie autor szczególny nacisk na mięsienie gruczołu krokowego i brzucha, jak niemniej na zalecanie, ale tylko kobiecie (nigdy mężczyźnie) środków, zapłodnieniu zapobiegających. Mniej skuteczne jest mięsienie tam, gdzie zaburzenia płciowe występowały w przebiegu chorób układu nerwowego ośrodkowego (wiąd rdzenia, stwardnienie rozsiane), chorym zaś z t. zw. względną niezdolnością płciową, — u których wzwód prącia się nie pojawia wskutek braku pobudzenia psychicznego, jako następstwo przyzwyczajenia się do kobiety, — zaleca zmianę pozycyi przy spółkowaniu, szczególniej w przypadkach, gdzie znachodzą się nieprawidłowości sromu lub brzuch obwisły. *Dr Henryk Pisek.*

Em. Kraus. **Przypadek białaczki szpikowo-śledzionowej, rzekomo uleczony przez ostrą chorobę zakaźną.** (Z kliniki lek. prof Jakscha w Pradze. *Prager med. Wochenschrift* Nr. 41, 42, 1899). Autor opisuje przypadek, cechujący się zmianami chorobowemi, właściwemi białaczce, w których nadto i kilkakrotnie przedsiębrane rozbiory krwi potwierdziły rozpoznanie kliniczne. Na 2 tygodnie przed zejściem śmiertelnem wśród zapalenia płuc, opłucnej i otrzewnej skutkiem, jak obdukcya wykazała, zakażenia mięszanego, stan ogólny chorego znacznie się pogorszył, podczas gdy rozbiór krwi wykazywał, że stosunek ciałek krwi czerwonych do białych powrócił do stanu prawidłowego, myelocyty, komórki olbrzymie i ciałka krwi czerwone jądrzaste znikły zupełnie, wątroba zaś i śledziona zmniejszyły swą objętość. Z przypadku tego widocznem jest, że wystąpienie w przebiegu białaczki choroby zakaźnej, może sprawę białaczkową wstrzymać, a nawet narządy krwiotwórcze i składniki krwi mogą wrócić do stanu zupełnie prawidłowego tak, że możnaby uważać tę chorobę za usuniętą. *Dr Zygmunt Wąsowicz.*

Richard v. Braun Fernwald. **Przyczynek do samozakażenia połogowego.** *(Wien. klin. Woch.* Nr. 49 r. 1899). Za przypadki samozakażenia uważa autor tylko te, gdzie nie było możności wprowadzenia łańcuszkowców z po-

chwy do macicy, to jest te, które dotyczą kobiet, przez nikogo wogóle niebadanych wewnętrznie. Jako dowód przytacza przypadek śmiertelnego zakażenia połogowego, potwierdzonego sekcyą zwłok, u kobiety, która odbyła prawidłowo poród w klinice Brauna i nie była absolutnie przez nikogo wewnętrznie badaną, ani też nie badała się sama. Krocze podpierała jej wprawdzie uczennica, ale pod dozorem akuszerki zakładowej i na kroczu żadne obrażenia nie powstały. W przypadku tym pierwsze objawy zakażenia otrzewnej wystąpiły po bardzo silnych bólach poporodowych, prawdopodobnie one to przeniosły drobnoustroje z trąbek na otrzewną. Autor wypowiada zdanie, że prowadzenie porodu aseptyczne, t. j. bez żadnych przestrzykiwań pochwy, jest lepsze, niż antyseptyczne, ale pod tym warunkiem, że położnic z porodami prawidłowymi zupełnie nie należy badać wewnętrznie.

St. D.

Dr. König: **Doświadczenia nad wpływem przepłókiwań pochwowych podczas porodu na przebieg połogu.** (*Münch. med, Woch.* Nr. 1, 1900). Aby w tej zawiłej sprawie nabrać wśród tych samych warunków pewnego doświadczenia, przeprowadził autor swoje spostrzeżenia w ten sposób, że połowę przyjmowanych rodzących przestrzykiwał, u drugiej zaś przeprowadzał poród bez przestrzykiwań pochwy. Ciepłotę w połogu mierzył zawsze w odbytnicy.

Serye doświadczeń obejmują 1100 porodów. Z doświadczeń tych wynika, że w połogu więcej gorączkowało kobiet, które podczas porodu były przestrzykiwane, natomiast śmiertelność u przestrzykiwanych była mniejszą. To, czy podczas porodu były rodzące badane, czy też nie, nieznacznie tylko wpływało na przebieg połogu.

U kobiet, które podczas porodu przebyły operacye, połóg przebiegał tak u przestrzykiwanych jak i u nieprzestrzykiwanych mniej więcej jednakowo. Autor twierdzi, że serya porodów jego jest jeszcze za szczupłą i robi jeszcze w ten sam sposób doświadczenia u dalszych 2000 położnic, ale prawdopodobnie przekona się i w dalszym ciągu swych doświadczeń, że przestrzykiwania pochwowe podczas porodu są co najmniej zbędne.

St. D.

Tiemich: **O rozpoznawaniu nieudolności umysłowej** *(Imbecillitas)* **we wczesnem dzieciństwie**. *(Deut. med. Woch.* Nr. 2, 1900). Nie znamy sposobów ścisłego odgraniczenia nieudolności umysłowej (*imbecillitas*) od niedołęztwa umysłowego (*idiotismus*), a rozpoznanie to o tyle jest ważne, że w pierwszym przypadku kształceniem systematycznem możemy uzyskać pewną poprawę, w drugim wszelkie usiłowania okażą się bezskuteczne. U dzieci starszych rozpoznanie niedostatecznego rozwoju umysłowego nie jest trudne, bo dziecko takie znacznie odbija brakiem inteligencyi od swych rówieśników, ale najczęściej zgłaszają się do lekarza rodzice z dzieckiem 1—2 lat liczącem, gdyż zauważyli, że dziecko nie zachowuje się tak, jakby to jego wiekowi odpowiadało i żądają stanowczej odpowiedzi, czy dziecko jest tylko słabsze umysłowo, czy niedołężne. Na jakichże podstawach oprzeć ma lekarz swoje rozpoznanie? Szuka najpierw zmian w układzie nerwowym i w wielu przypadkach znajdzie podstawę niedostatecznego rozwoju umysłowego czy to w wodogłowiu, czy małogłowiu, czy też w innych zmianach, świadczących o schorzeniu mózgu; gdy jednak tych zmian niema, wtedy ograniczyć się musi do zbadania stanu umysłowego, a środki po temu są bardzo małe. W klinice Wrocławskiej badają w tych przypadkach 1) w kierunku uczucia bólu, 2) badają smak, 3) zwracają uwagę na zachowanie się dziecka pod wpływem zadrażnienia zmysłu wzroku i słuchu.

Na ból po ukłóciu oddziaływa noworodek prawidłowy gwałtownym krzykiem natychmiast po sprawieniu mu bólu; dzieci cierpiące na nieudolność umysłową są na ukłócia nawet głębokie i częste prawie obojętne *(analgesia)*. Jestto objaw prawie stały i pewny. Do badania smaku używa się następujących rozczynów $^1/_4\%$ sacharyny, 2% chininy, 2% kwasu solnego, 5% rozczynu soli kuchennej, z których podaje się dziecku po łyżeczce do wewnątrz i obserwuje zachowanie się dziecka. Dzieci prawidłowe już w pierwszych tygodniach życia rozróżniają słodkie od słonego, kwaśnego i gorzkiego, jak to można zauważyć z zachowania się po spożyciu jednego z tych płynów. Dzieci, nierozwinięte umysłowo, mają smak upośledzony, objaw ten jednak nie jest tak pewny, jak poprzedni, bo zauważono, że uczucie smaku nierozwija się u wszystkich dzieci jednakowo wcześnie i w tym samym stopniu. Badanie wrażliwości wzroku odbywa się w ten sposób, że pokazuje się dziecku światło, lub znane mu przedmioty świecące, a wiadomo, że kilkutygodniowe dziecko, prawidłowo rozwinięte, kieruje swój wzrok na światło, skupia swoją uwagę na przedmioty pokazywane. Dzieci niedołężne umysłowo albo zachowują się zupełnie obojętnie i nie patrzą wcale na światło, lub też w pierwszej chwili skierowują swój wzrok na przedmiot okazany, lecz nieskupiają nad nim ani chwili swej uwagi i przelatują wzrokiem dalej. Tę postać nazywają „I. agile“. Tak samo mniej więcej zachowuje się słuch, chociaż ten zmysł później się rozwija, a oba te objawy mają w rozpoznaniu *imbecillitas* wielkie znaczenie. Rozumie się, że chcąc wyciągać z wyniku badania odpowiednie wnioski, musimy być pewni, że odpowiedni narząd wzrokowy, względnie słuchowy, razem z ośrodkami znajduje się w stanie prawidłowym. — Do dalszych objawów, które w rozpoznaniu nieudolności umysłowej bierzemy w rachubę, należą u dzieci 3—4-letnich: oddawanie moczu i kału pod siebie, ślinotok, wreszcie trudność lub niemożność wyuczenia się mowy.

Doc. Raczyński.

Lacassagne i Martin: **O próbie wątrobowej** *(Archiv. d'anthropol. crim. T. 14, Z. 1).* L. i M., opierając się na zdaniu Klaudyusza Bernarda, że brak cukru w wątrobie zwłok ludzkich lub zwierzęcych dowodzi, iż śmierć była następstwem choroby dłuższej, poczęli badać w tym kierunku wątroby zwłok, zwierząt, pozbawionych w różny sposób życia i wątroby zwłok, sekcyonowanych w Zakładzie sądowo-lekarskim w Lugdunie. Badania te wykonywali w ten sposób, że 100 grm. wątroby rozcierali na miazgę, którą potem gotowali aż do wrzenia z prawie podwójną ilością wody (200 grm.). W celu odbarwienia rozczynu i strącenia substancyj białkowatych, dodawali stósowną ilość węgla zwierzęcego, poczem uzyskany przesącz miareczkowali mianowanym płynem Fehlinga. Rozczyn przedstawiał się dwojako, tj. albo był przejrzysty, albo opalizujący. W tym ostatnim razie redukował on w płynie Fehlinga tlenek miedziowy na tlenek miedziawy, tj. zawierał cukier, a nadto glikogen, albowiem opalizowanie płynu pochodzi od obecności w nim glikogenu. Przesącz przejrzysty nie zawiera glikogenu, mimo to może zawierać nieco cukru, temsamem redukować płyn Fehlinga. Płyn był przejrzysty i nie zawierał cukru zawsze, jeśli wątroba pochodziła z człowieka lub zwierzęcia, zmarłych powolną śmiercią, poprzedzoną dłuższem konaniem; jeśli natomiast śmierć nastąpiła nagle w stanie niezamąconego poprzednio zdrowia, to płyn zawierał glikogen i cukier. Jeżeli zaś śmierć nastąpiła nagle u człowieka, złożonego chorobą i nawet konającego, u którego jednak agonia została nagle przedwcześnie przerwaną przez śmierć z niespodziewanej przyczyny (n. p. u suchotnika nagłe uduszenie się treścią jamy), to choć płyn nie zawiera glikogenu, jednak posiada cukier i redukuje płyn Fehlinga. Wśród konania zużywa ustrój glikogen złożony w wątrobie, przemieniając go w cukier; jeżeli śmierć nastąpi nagle, to glikogen w wątrobie będzie niezużyty; jeżeli ta nagła śmierć przerwała przedwcześnie agonię, to zużyty glikogen nie da się już wykazać, natomiast da się stwierdzić cukier, pochodzący z glikogenu, a nie zużyty jeszcze przez ustrój z powodu nagłego przerwania agonii. Ilość glikogenu i cukru waha się w badanych w ten sposób 100 grm. wątroby między 2—6 grm., a zależą one od czasu, jaki upłynął od chwili śmierci do wykonania sekcyi i podjęcia tej próby wątrobowej, od ewentualnych ubocznych zmian chorobowych, od stanu trawienia, tj. czy denat zmarł

w chwili szczytu trawienia lub w stanie czczym. Nawet w zgniłych wątrobach po upływie miesiąca od chwili śmierci znajdowali L. i M. glikogen i cukier. Żółtaczka zmniejsza ilość cukru, moczówka cukrowa ją zwiększa, atoli jeżeli przy tej chorobie śmierć nastaje zwolna, próba wątrobowa wypada ujemnie. W przypadkach, w których śmierć nagłą poprzedza zapad, ciężka niemoc, próba na glikogen wypada ujemnie, lecz na cukier dodatnio. Próba wątrobowa daje się zastósować w zwłokach płodów, noworodków, dzieci i dorosłych, a jest w wykonaniu dostępną każdemu lekarzowi, niczem się bowiem nie różni od sposobu badania moczu na cukier. *Dr. Horoszkiewicz.*

Lewerenz: **Luźne spostrzeżenie, dotyczące „Invaginatio ileo-colica"**. *(Deutsche medic. Wochenschrift* Nr 5. 1900 r.) Autor przysparza kazuistyce wgłobień jelitowych następujący przypadek: U 12-letniego chłopca występowały od 3 miesięcy napadowo zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, które przy uwzględnieniu objawów ogólnych i miejscowych nasuwały podejrzenie sprawy zapalnej wyrostka robaczkowego. Do podobnego przypuszczenia skłaniał się L., który w dniu przyjęcia stwierdził u chorego obecność guza podłużnego, walcowatego, przy ucisku bardzo boleśnego, a umiejscowionego nad prawym talerzem biodrowym. Wobec wystąpienia objawów zadrażnienia otrzewnej przystąpiono natychmiast do operacyi, podczas której okazało się, że dolny odcinek jelita biodrowego, przesunąwszy się przez zastawkę i jelito ślepe, wgłobił się w kiszkę wstępującą. Wyrostek robaczkowy bez zmian. Odprowadzenie wgłobienia było trudnem, udało się ono dopiero po rozszerzeniu zastawki palcami, wprowadzonymi między część wpochwioną a pochwę. Jelita zmian poważniejszych nie okazywały. Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. W krótkim czasie po opuszczeniu zakładu zmarł chory z powodu gruźlicy gruczołów krezkowych. Badanie anatomiczne wykazało na błonie śluzowej dolnego odcinka jelita biodrowego, jelita ślepego i dolnej części kiszki wstępującej liczne drobne wyniosłości, obok większych wyrośli polipowatych, z których kilka dosięgało wielkości małej śliwki. Podobne zmiany znajdowały się na samej zastawce. Powstanie i rodzaj wgłobienia wprowadza autor w ścisły związek z powyższemi zmianami. Badanie histologiczne wykazało, że twory polipowate powstały wskutek bujania tkanki łącznej podśluzowej, bez udziału błony śluzowej i jej gruczołów. Objawów sprawy zapalnej w postaci nacieków drobnokomórkowych nie znaleziono. *Urbanik.*

A. Ferenczi. **Dwa przypadki ciąży w macicy podwójnej.** *(Klin. Therap. Woch. Nr 51 z r. 1899).* Podobnych przypadków, ogłoszonych w piśmiennictwie, znalazł autor 29. Pod względem embryologicznym istnieją dwa możliwe wytłómaczenia powstania tej nieprawidłowości utworowej: jedni uważają ten stan za zatrzymanie w rozwoju, inni przyczyny niezrastania się obu przewodów Müllera dopatrują w zbyt obszernej miednicy. W przypadku pierwszym autora była rzeczywiście miednica obszerna, ale autor nie rozstrzyga, czy ona była przyczyną powstania macicy podwójnej, czy też przypadkiem obszerność ta nie była następstwem nieprawidłowej budowy macicy. W przypadku tym podczas ciąży w jednym odcinku macicy drugi odcinek miesiączkował prawidłowo. Ciąża przerwała się w 3 miesiącu. Podczas poronienia i druga szyja stała się dla palca drożną. Podobnie też i w drugim przypadku autora nastąpiło przerwanie ciąży w 3 miesiącu. *St. D.*

Moreau. **Nowy objaw przy śmierci z utonięcia.** *(Annales de societé de medecine légale de Belgique Nr 4, 1899).* Autor zwraca uwagę na 2 objawy, które prawie we wszystkich przypadkach śmierci z utonięcia spostrzegał, a mianowicie na obecność w jamie brzusznej większej ilości (około 20—25 ctm. sz.) jasnego przeźroczystego płynu i wypełnienie pęcherza obfitą ilością bardzo jasnego moczu. Objawy te mają być według M. pewnym dowodem, że ciało za życia dostało się do wody. Autor przyjmuje, że płyn, który w znacznej ilości dostał się do dróg oddechowych i do żołądka, przechodzi szybko do obiegu krwi, skutkiem czego ciśnienie jej się zwiększa, powodując szybsze wydzielanie się moczu i przesączynę do jamy brzusznej. *Horoszkiewicz.*

M. Hofmeier. **O postępowaniu w trzecim okresie porodu.** *(Münch. med. Woch. Nr 48 r. 1899).* Autor orzekał w przypadku sądowym, dotyczącym lekarza, wezwanego w cztery godziny po porodzie, który nie próbując wygniecenia, wyjął zatrzymane łożysko ręcznie bez żadnej desinfekcyi pola operacyjnego, poczem chora uległa w krótkim czasie zakażenia połogowemu. Z okazyi tego przypadku stara się autor najpierw odpowiedzieć na pytanie, jak długo należy czekać, zanim przystąpi się do ręcznego wydobycia łożyska, naturalnie, jeżeli chora nie krwawi. Przytaczając tu odnoszące się zdania z piśmiennictwa i opierając się na własnem doświadczeniu, poleca autor w takich przypadkach czekać 3—4 godzin, bez najmniejszej obawy, by przez to zabieg stał się trudniejszym. Zanim jednak przystąpi się do wydobycia ręcznego łożyska, należy próbować je wygnieść. W dalszym ciągu odpowiada autor na pytanie, jaka ilość straconej krwi przed odejściem łożyska zmusza lekarza do wydobycia ręcznego łożyska? Za graniczną ilość uważa on 1—1$\frac{1}{2}$ litra krwi, którą to ilość można obliczyć, chwytając krew do położonej pod rodzącą miseczki. W końcu odpowiada na pytanie, czy przed wydobyciem ręcznem łożyska jest lekarz obowiązany dokładnie odkazić srom i pochwę? Autor jest zdania, że powinien tę desinfekcyę dokładnie przeprowadzić, w pierwszym bowiem razie staje się winnym zaniedbania. *St. D.*

Adolf Gessner. **O rozpoznawaniu raka macicy.** *(Münch. med. Woch. Nr 52 z 1890).* Autor stara się udowodnić, żejedyną drogą, umożliwiającą rozpoznanie raka trzonu i szyi macicy, jest jej wyskrobanie. Rozpoznanie przez sondowanie raka trzonu macicy we wczesnych okresach jego rozwoju jest niemożliwem, gdyż opory, które przez sondowanie stają się widocznymi, muszą być dosyć znaczne, a takich w samych początkach rozwoju raka brak. Jeżeli natrafia się zaś na nieznaczne nierówności, to łatwo je wziąść można za polipki śluzowe. Podobnie jak sondowanie daje również wyniki niepewne obmacanie wnętrza macicy palcem po rozszerzeniu szyi, o czem autor miał sposobność przekonać się. Autor zwraca uwagę również na trudność rozpoznania początkowego okresu raka szyjki; to rozpoznanie jest tylko możliwe przez wyskrobanie i dokładne zbadanie wszystkich wyskrobanych skrawków. *St. D.*

Prof. Eichhorst. O chorobach mięśni przy rzeżączce cewki moczowej. (*Deut. med. Woch.* 1899, 42). Przytaczając z piśmiennictwa nieliczne tylko przypadki podobnego cierpienia, opisuje autor swój przypadek, odznaczający się tylko lekkimi objawami ze strony cewki mocz., a znacznym obrzękiem na udzie wzdłuż mięśnia naprężacza powięzi szerokiej (*tensor fasciae latae*). Na mocy tego, jak i poprzednio ogłoszonych przypadków, stwierdza E., że takie zapalenia mięśni spotkać można w przebiegu rzeżączki przewlekłej i ostrej, przy objawach gorączki i znacznego bólu w miejscu twardego nacieku wzdłuż mięśnia, zajętego sprawą chorobową. Utrzymanie się nacieku przy braku dążności do ropienia przemawia za tem, że przyczyną zapalenia są dwoinki Neissera, a nie gronkowce lub paciorkowce. *F. K.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

R. Hessen opisuje 47 przypadków gruźlicy płuc, leczonych Hetolem w praktyce jego prywatnej (*Broszura pod tyt. Was leistet Prof. Landerers Zimmtsäure-Behandlung für Lungenschwindsucht in der Praxis?*) i jest zdania, że leczenie metodą Landerera kwasem cynamonowym i pochodnych jego (hetolem) jest wielkiej doniosłości i dobrodziejstwem dla ludzkości, a jej znaczenie będziemy mogli dopiero wówczas dokładniej ocenić, gdy porównamy między sobą wyniki doświadczeń, jakie się przeprowadza już to na klinikach i poliklinikach, już to w zakładach prywatnych, oraz w praktyce prywatnej lekarzy. — Dziś stanowczo twierdzić można, iż hetol do leczenia przypadków gruźlicy u chorych, nie będących

w możności poddać się kuracyi powietrznej, a zmuszonych do przebywania w miastach, jest środkiem cennym, a przewyższa bezsprzecznie kreozot. — Z przypadków opisanych przez Hessena, a leczonych hetolem, wprawdzie nie wszystkie zostały wyleczone, wiele jednak jest takich, które uległy znacznemu polepszeniu, jakkolwiek były one ciężkiemi. Z doświadczeń swoich dochodzi autor również do wniosku, iż do leczenia hetolem nadają się szczególnie przypadki rozpoczynającej się gruźlicy, które są bardzo wdzięczne do leczenia.

J. L.

Balzer stosuje przy łysieniu 30% rozczyn kwasu mlekowego, smarując miejsca pozbawione włosów tym płynem aż do wywołania zapalenia skóry, poczem zaprzestaje na parę dni, aby po ustąpieniu objawów zadrażnienia, znowu pędzlowanie rozpocząć. Autor spostrzegał nierzadko już po 3—4 tygodniach świeży porost włosów. (*Sem. med.* 1899, 20). *F. K*

Karr opisuje (*Practitioner* 1899, 10) sposób działania ciepłego powietrza zapomocą przyrządu Dowsing'a, który składa się z płaszczyzn, odbijających światło elektryczne na całe ciało, — działanie więc największej zbliżone do wpływu promieni słonecznych. Szczególnie pomyślne wyniki otrzymywał autor w napadach dny, gdyż już taka pierwsza świetlana kąpiel usuwała bóle, szczególnie gdy ciepłota dochodziła do 300° F. Trwalszy wynik w takich przypadkach uzyskać się daje częstemi kąpielami świetlnemi i dyetotycznymi przepisami. Podobnie poprawę uzyskał autor w przewlekłych sprawach gośccowych, w rwie kulszowej i nerwobólach, a nawet do pewnego stopnia w zesztywnieniach stawów po różnych sprawach przewlekłych. *F. K.*

Riforma medica (1899, 4) podaje przepis dla pędzlowania drobnych rozpadlin języka: *Rp. Ac. carbol. 1·0 Tin. Jodi 3·0 Glycerin. 10·0.* *F. K.*

Guépin podaje jako środek odciągający (*vesicator*): *Rp. Liqu. Ammon. caust. 5·0 Ol. camphor. 10·0 S.* Wacik odpowiedniej wielkości, zamaczany w tym płynie, przyłożyć na 15 minut. *F. K.*

Frolow stósował nowy przetwór rtęciowy: *Hydrarg. bijodosalicyl.*, u 300 chorych i jest z wyników zadowolony. Środek ten stosuje się w postaci 10% zawiesiny w płynnej wazelinie; 7—8 wstrzykiwań miąższowych wystarcza dla usunięcia najcięższej wysypki. (*Bolnic. gaz. Botk.* 1899, 25). *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 23 lutego 1900 roku.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 78.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Merunowicz porusza myśl utworzenia w łonie Sekcyi kółek; kółka te, czy to jako ściśle referatowe, czy to jako kółka specyalistów, mają mieć przedewszystkiem na celu rozbudzenie żywszego życia naukowego, mają usunąć balast za specyalnych rzeczy z posiedzeń zwykłych Sekcyi. Temata, poruszane na posiedzeniach kółek, zwłaszcza jeżeliby obchodziły szersze sfery lekarskie, mają być potem przedstawiane na posiedzeniach zwykłych Sekcyi. Kolega Merunowicz prosi o przekazanie tej sprawy biuru Sekcyi.

Z kolei kol. Merunowicz jako referent Komisyi statutowej zaznacza, że u wielu członków wyłoniła się myśl odpowiedniej zmiany dotychczasowego regulaminu, lub też zgoła utworzenia nowego Towarzystwa we Lwowie, wyznaczono więc osobną Komisyę w celu wygotowania projektu. Wśród obrad Komisyi wyłoniły się dwa zasadnicze projekta. Jeden a) utworzenia nowego Towarzystwa na podstawach podobnych do Tow. lek. krakowskiego, projekt ten jednak ze względów materyalnych jest niewykonalnym i drugi projekt b) aby w ramach już istniejącego statutu, nadać Sekcyi pewną autonomię z tem wyraźnem zastrzeżeniem, że dotychczasowa postawa co do majątku Tow. nie ma być naruszoną, jako też i stosunek z Tow. lek. krakowskiem i organem Tow. lekarzy galicyjskich „Przeglądem“ ma zostać ten sam.

Kol. Gluziński podniósłszy, że Sekcya lwowska, będąc najliczniejszą w kraju, rezydując w stolicy i mając wybitnie naukowy charakter, nie mogła dotąd nigdzie, jako taka, ani oficyalnie na zewnątrz występować, ani też nigdzie swych reprezentantów wysyłać, odczytuje projekt zmiany ustawy, uchwalony przez całą Komisyę; — projekt ten dosłownie brzmi, jak następuje:

Do § 5. jako nowy ustęp 4: Sekcya lwowska nosi nazwę „Towarzystwo lekarskie lwowskie«.

Do § 9. po słowach „we Lwowie“ dodać „Towarzystwo lekarskie lwowskie posiada samorząd z wyjątkiem spraw, odnoszących się do zarządu wspólnego majątku Tow. lek. gal. i ustanawia sobie samo regulamin, który jednak nie może naruszać zasadniczych postanowień ustawy Tow. lek. galicyjskich.

Do § 12. po słowach „na zewnątrz“ dodać: „lecz Sekcya lwowska, jako Tow. lek. lwowskie, ma własną reprezentacyę“.

Do § 14. jako początek: „Tow. lek. lwowskie ustanawia sobie Zarząd według własnego uznania“.

§ 50. Na potrzeby kancelaryjne Sekcyi, względnie Tow. lek. lwowskiego, wypłaca..... dalej jak dotąd. W części 2giej tego § opuścić słowo „administracyjnych“, jako ostatni ustęp tego paragrafu: Tow. lek. lwowskie pobierać będzie jak dotąd na pokrycie kosztów lokalu swego po cztery korony od każdego swego członka; gdyby zaś to nie wystarczało na pokrycie wszystkich wydatków, połączonych z utrzymywaniem własnego lokalu, wówczas pokrywa niedobór Rada zawiadowcza z funduszu administracyjnego Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego“.

§ 74. O przyjęciu członków czynnych rozstrzyga właściwe biuro Sekcyi, względnie Tow. lek. lwowskie. Sposób przyjmowania do Tow. lek. lwowskiego oznaczy ono w swym regulaminie.

§ 76. Tow. lek. lwowskie ma prawo mianowania swych członków honorowych. Sposób mianowania oznaczy regulamin.

Do § 81. O wykluczeniu członków Tow. lekarsk. lwowskiego rozstrzyga toż Towarzystwo: winno jednak o każdem wykluczeniu bez zwłoki uwiadomić Radę zawiadowczą Tow. lekarzy galicyjskich.

Nad projektem tym wywiązała się blisko dwugodzinna ożywiona dyskusya; ostatecznie, na wniosek kol. Marsa, uchwalono większością głosów projekt ten, po poprzedniem wprowadzeniu poprawki kol. Becka, przyjąć *en bloc* i polecić biuru przedstawić go do zatwierdzenia na Walnem zgromadzeniu Tow. lekarzy galicyjskich.

Poprawka kol Becka brzmi: „Członkowie Tow. lek. krakowskiego, oraz członkowie Tow. lek. galicyjskich innych Sekcyj, przesiedliwszy się do Lwowa, stają się temsamem członkami Tow. lekarskiego lwowskiego“. *Krzyszkowski*, sekretarz.

VII.

† Franciszek Sroczyński

Doktor wszech nauk lekarskich, Docent okulistyki w Uniw. Jagiell., urodzony w roku 1862, zakończył życie w Krakowie dnia 8 marca 1900 roku.

Wszystko, co żyje w czasie i przestrzeni, cały ten świat organiczny, jest bezpośrednim lub pośrednim plonem ziemi. Wszystkie objawy duszy ludzkiej, cecha jej nastrojów, wzniosłość i poziomość, to znowu plon tego pierwiastku nieziemskiego, który zowiemy duchem narodu. Nie daje jednak ziemia plonu bujnego a owocu słodkiego, gdy jej płododajną warstwę zmrozi chłód, zmierzwi grad. Nie zazna duch narodu orlich wzlotów i moralnej szczęśliwości, gdy zeszła nań dzieje nawalnicę klęsk, upokorzeń i niedoli. Dnia 8 b. m. dokonał życia śp. Franciszek Sroczyński, człowiek względnie młody, światły, wykształcony, wzięty lekarz, ceniony specyalista, poważny badacz i pisarz; a więc gdy miał to wszystko, co życie daje, dlaczegoż żyć nie chciał i samowolnie żyć przestał? „Świat czasem bywa snycerzem“ powiada poeta: to, co pierwsze wrażenia wyrzeźbią na dziecięcej duszy, zostaje na resztę życia kształtem jego rysów duchowych. Śp. Fr. Sroczyński urodził się w r. 1862; pierwszych wrażeń ze świata zewnętrznego doznał w roku żałoby narodu, w okresie niepogaszonych zgliszcz, niezaschniętej krwi, niezagojonych ran, nieotartych łez; w owych Hiobowych czasach nad kolebką niemowlęcia nie rozlegała się wesoła

piosnka piastunki, nie otaczały jej oczy wesołe, twarze uśmiechnięte, nie prawiono dzieciom o bohaterach i królewiczach zwycięzkich; a może pierwsze, zrozumiane przez pacholę, opowiadanie było rzewną skargą narodu, a pierwsza przesylabizowana powieść kartą z jego martyrologii? dość, że śp. Fr. Sroczyński od najmłodszych lat nosił na sobie piętno smutku, żył przewagą życia podmiotowego nad przedmiotowem, więcej z sobą, niż z ludźmi i powoli, wśród posępnego osamotnienia, tracił powab życia; a czem mniej miało ono dla niego uroku, tem trudniej mu było znieść wszelką niedoskonałość ludzką, wszelkie tarcie, nawet takie, które od bytu codziennego jest nieodłączne. Dręczące życie stało się mu ciężarem, zapragnął spokoju wiecznego i zdobył go w chwili bólu psychicznego. Przytoczona sylwetka duchowa śp. Franciszka nie pozostawia wątpliwości, że był to człowiek chory i że przyczyny jego fatalnego postanowienia należy dopatrywać nie w tej lub innej niedoskonałości wychowania, lecz w obciążeniu wrodzonem, którego stał się ofiarą.

Śp. Franciszek Sroczyński urodził się r. 1862 w Stanisławowie, gdzie rozpoczął nauki szkolne; po przeniesieniu się do Krakowa został w roku 1872 wpisany do gimnazyum św. Jacka, które ukończył w r. 1880. Jeden z kolegów zmarłego, który na jednej z nim ławie spędził lata gimnazyalne, łaskawie udzielił nam o zmarłym następujących szczegółów: W życiu koleżeńskiem śp. Franciszek nie brał żywego udziału, już to z powodu słabego zdrowia, już też dla swego usposobienia fantastycznego. Był to „kolega filozof“, który wśród rozpraw tylko od czasu do czasu lubił dorzucić jakąś uwagę, na pozór sarkastyczną, a jednak zawsze tchnącą uczuciem szlachetnem. Odznaczał się zamiłowaniem do nauk przyrodniczych, tudzież do literatury. Był to umysł ściśle krytyczny: w r. 1879 wygłosił odczyt na wieczorku ku uczczeniu Mickiewicza na temat: „Mickiewicz a Słowacki w literaturze“. Treść i forma odczytu wprawiły w podziw kolegów i przełożonych, długo o nim mówiono i podnoszono z uznaniem krytyczny zmysł prelegenta.

Na Wszechnicę Jagiellońską wpisał się w roku 1880. Oddał się pracy naukowej nad siłę, lecz wkrótce odczuł dotkliwie nadmiar wysiłku i słabnąc widocznie, stał się drażliwym, unikał ludzi, a z kolegów wyróżniał tylko dwóch, zbliżonych usposobieniem, którzy później jak on, przecięli sami nić żywota. Pognębienie duchowe, postępując, przeszło w zadumę i śp. Franciszek musiał na jakiś czas przerwać pracę naukową. Podczas studyów uniwersyteckich, po za nauką podręcznikową, lubił zaciekać się w tajniki przyrody i jestestwa ludzkiego; na ten temat staczał dysputy z śp. prof. G. Piotrowskim, a do najulubieńszych przedmiotów należało roztrząsanie zjawisk zmysłu wzrokowego, który ze szczególnem zamiłowaniem studyował pod względem fizyologicznym i patologicznym. Dobrze polecony przez śp. prof. Rydla udał się w r. 1885, przed otrzymaniem dyplomu, do Poznania, gdzie pełnił obowiązki asystenta w klinice prof. Wicherkiewicza aż do chwili, w której, ustępując przed brutalną siłą rządów Bismarkowskich, zmuszony był w końcu tegoż 1885 r. powrócić do Krakowa; w r. 1886 otrzymał dyplom doktora wszechnauk lekarskich, następnie pracował w Oddziale ocznym szpitala św. Łazarza w Krakowie; w r. 1887 został asystentem śp. prof. Rydla, w 1893 zaś habilitował się na docenta okulistyki. Od r. 1894 był sekretarzem stałym Towarz. lekar. krakowskiego i jednym z najpilniejszych i najpożyteczniejszych członków Komisyi redakcyjnej naszego pisma. W r. 1895, po śmierci prof. Rydla, kierował kliniką okulistyczną, a następnie, po raz wtóry, pełnił te same obowiązki w r. 1896, jako zastępca prof. Wicherkiewicza.

Drukiem ogłosił następujące prace: 1) Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w Oddziale okulistycznym w Krakowie *(Przegl. Lekar.* 1888 r.). 2) Prosty sposób usuwania kontraktur bliznowatych po sparzeniach spojówki gałkowej *(Przegl. Lekar.* 1890). 3) Przyczynek do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych *(Przegl. Lekar.* 1890 r.). 4) Dwie operacye wągra podsiatkówkowego *(Przegl. Lekar.* 1890). 5) O leczeniu jaglicy *(Przegl. Lekar.* 1891). 6) O ślepnięciu wśród objawów jaskry skutkiem ucisku powiek *(Przegl. Lekar.* 1892). 7) O badaniu niezborności wzroku *(Przegl. Lekar.* 1893). 8) O racyonalnem przepisywaniu szkieł w anizometropii *(Przegl. Lekar.* 1895). 9) Przyczynek do leczenia jaskry złośliwej *(Przegl. Lekar.* 1897). 10) Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówki *(Pamiętnik jubileuszowy, wydany na cześć prof. E. Korczyńskiego,* 1900). 11) Zez zastępczy w porażeniach mięśni ka. Wzrok i okulary *(popularne).* 12) O sympatycznem zapaleniu oka. *(Wydawnictwo dzieł lekar. polskich).*

Zmarł w 38 r. życia, unosząc z sobą bogaty skarb wiedzy, wzniosłą szlachetność duszy, czystość nieskazitelnego charakteru, niezaprzeczoną wszechstronność niepospolitego umysłu, oraz najwyższą cześć i współczucie kolegów i tych wszystkich, którzy znali chorobliwy nastrój jego duszy i Dantejskie udręczenia jego życia.

Dr A. Kwaśnicki.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono:

W sekcyi VII (technicznej). Wykłady: 9) c. k. Radca Dworu J. Franke (Lwów): „O stanowisku techników w XX wieku“ (125)

10) Prof. politechn. R. Dzieślewski (Lwów) „Z dziedziny elektrotechniki“ (126)

11) Prof. politechn. Pawlewski (Lwów) [Tytuł podany będzie później] (127)

12) Prof. politechn. Załoziecki (Lwów) „Nowsze kierunki w technologii nafty“ (128)

13) Prof. szkoły przemysł. Tadeusz Münnich (Lwów) „Budowa typowych szkół ludowych“ (z planami) (129)

14) Radca budown. miejsk. Wincenty Gorecki (Lwów) Budowa nowej rzeźni miejskiej we Lwow“ (z planami) (130)

15) C. k. Inspektor techniczny kontroli skarbowej Aleksander Adelmann (Stanisławów): „Z działu drożdżownictwa i gorzelnictwa“ (131)

W sekcyi XIII (medycyna wewnętrzna). 11) Dr. A. Sokołowski (Warszawa): „Demonstracya preparatów i krótki opis choroby osobnika, dotkniętego *anchylostoma duodenale*“ (132)

W sekcyi XVIII (okulistycznej). Sprawozdawcą tematu 2) „Objawy gruźlicy w narządzie wzrokowym“ jest Dr. Bron. Januszkiewicz (Warszawa).

Zgłoszono wykład 2) Prof. Dr. Wicherkiewicz (Kraków) „Przyczynek do etyologii oderwania siatkówki“ (133)

W sekcyi XIX (ginekologicznej) zgłoszono wykład:

19) Dr. Fr. Neugebauer (Warszawa) „Kilka słów o wrzekomem obojnactwie (*hermaphroditismus*)“ (134)

W Krakowie, dnia 12 marca 1900.

Prof. Dr. St. Ciechanowski
sekretarz Komitetu gospodarczego (Wielopole, 4).

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Wystawy przyrodniczo-lekarskiej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie r. 1900.

1) Wystawa przyrodniczo-lekarska odbędzie się w lipcu 1900 w Krakowie. Rozpocznie się z dniem otwarcia IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w sobotę, dnia 21 lipca, o godzinie 1 w południe, a trwać będzie 10 dni. 2) Rozdanie nagród wystawcom wyszczególnionym nastąpi podczas ostatniego publicznego posiedzenia Zjazdu. 3) Nagrody ustanowiono następujące: Dyplomy honorowe dla wystawców, których przedmioty wystawione nie są przedmiotami handlu, wielkie medale złote, medale złote, wielkie medale srebrne, medale srebrne, wielkie medale bronzowe, medale bronzowe i listy pochwalne. 4) W wystawie mogą brać udział tylko uczeni i przemysłowcy polscy. Firmy obce przypuszczone na wystawę mogą być tylko z tymi przedmiotami, których przemysłowcy polscy nie produkują, jak n. p. wyroby dla dentystów i t. p. 5) Sędziowie

(*jury*) wybrani zostaną większością głosów członków obecnych na pierwszem posiedzeniu publicznem Zjazdu z grona członków, uczestników lub z poza grona stosownie do propozycyi, uczynionej przez Komitet wystawowy. 6) Za miejsce na Wystawie zajęte opłacają tylko ci wystawcy, których okazy są przedmiotem handlu i to następujące kwoty: za 1 metr kwadr. na stole 8 koron, na podłodze 4 korony, na gankach, podworcu, w ogrodzie po 2 korony. Przedmioty, będące przedmiotem handlu, mają być wystawione w szafach, witrynach lub na podwyższeniach, będących własnością wystawców, a dekoracye tych szaf, witryn i podwyższeń mają być dokonane kosztem wystawców za poprzedniem porozumieniem się z Komitetem Wystawy i za zgodą tegoż na rodzaj i jakość dekoracyj. Co do wystawienia zbiorów i okazów naukowych, to pożądaną rzeczą byłoby, aby również we własnych szafach i witrynach właściciele wystawione były, gdyby jednak to być nie mogło, wystawca winien zawczasu, a najlepiej zaraz przy zgłoszeniu przedmiotów na Wystawę, oznajmić to Komitetowi Wystawy, który będzie się starał poczynić wszelkie możliwe ułatwienia do stosownego umieszczenia zbiorów takich pod osłoną szkła, o ile na to pozwolą środki materyalne Wystawy. 8) Przy przedmiotach wystawionych mogą być dołączone specyalne katalogi wystawcy, cenniki, ogłoszenia, adresy i t. p. które według życzenia wystawcy mogą być także rozdawane zwiedzającym Wystawę. 9) Gdyby który z wystawców, opłacających za miejsce, życzył sobie, aby Komitet zajął się dostarczeniem mu odpowiedniej szafy, witryny lub podwyższenia, winien pod tym względem zawczasu, a najlepiej przy zgłoszeniu się na Wystawę, porozumieć się z Komitetem Wystawy, a zarazem w karcie zgłoszenia się uwidocznić to swoje życzenie w rubryce „Uwagi“. Tak samo winien w tej rubryce zaznaczyć, gdyby ustawieniem przedmiotów, przysłanych na Wystawę, chciał się zająć sam lub przez swego pełnomocnika, w przeciwnym razie Komitet ustawienia na Wystawie dokona. 10) Przy wszystkich przedmiotach, przesyłanych na Wystawę, należy napisać ich cenę szacunkową w karcie zgłoszenia, a to celem ubezpieczenia od ognia, której Komitet dokona. 11) Przedmiotów wystawionych nie wolno przed zamknięciem Wystawy bez osobnego pisemnego upoważnienia Komitetu z Wystawy usuwać. 12) Od sprzedanych na Wystawie przedmiotów Komitet pobiera 10% na rzecz Wystawy. 13) Komitet ręczy za całość przedmiotów na Wystawę przesłanych od chwili odebrania przesyłki, jeżeli karta zgłoszenia, we wszystkich rubrykach dokładnie wypełniona, w oznaczonym czasie Komitetowi doręczoną została, a także oświadcza, że tylko te przedmioty w katalogu Wystawy umieszczone będą, które w karcie zgłoszenia się wymienione zostaną, a odpowiednia karta zgłoszenia się w terminie oznaczonym Komitetowi doręczoną została. 14) Celem skutecznego reklamowania firm przemysłowców ustanowił Komitet przy katalogu osobny dział inseratów po cenie następującej: za całą stronicę 20 kor., za pół stronicy 10 koron, a za $^1/_4$ stronicy 6 kor. Leży w interesie przemysłowców, aby o swych zakładach o ile możności jak najdokładniejsze podali uwiadomienia, a firmy swe rozgłosili, co wobec rozdawania katalogów za darmo członkom, uczestnikom Zjazdu i wystawcom, rozsprzedawania katalogów poniżej kosztów druku publiczności, w końcu wobec okoliczności, że członkowie i uczestnicy Zjazdu przedstawiają tę część publiczności, która z firmami, na Wystawie reprezentowanemi, najwięcej stykać się musi już z natury swojego zawodu, zdaniem Komitetu tym sposobem najskuteczniej poprze się przemysł, dla którego Wystawa nasza ustanowioną została. 15) Gdyby który z wystawców życzył sobie co do swego przedmiotu, na Wystawie się znajdującego, dawać publiczne ustne wyjaśnienia lub wykonywać doświadczenia, powinien uprzedzić o tem Komitet, a to celem oznaczenia dnia i godziny, jakoteż poczynienia dla takiego wystawcy możebnych ułatwień. 16) Wszelkie korespondencye i przesyłki mają być wysyłane franco pod adresem „Komitet Wystawy przyrodniczo-lekarskiej w Krakowie.“ Do frachtów, przesyłek, ocleniu podlegających, a na Wystawę przeznaczonych, należy dołączyć „kartę upoważniającą,“ a wtedy przesyłka od opłaty cła uwolnioną będzie o tyle, o ile przedmioty, frachtem takim objęte, po zamknięciu Wystawy odesłane zostaną wystawcy. Na przesyłkach przylepić należy kartki zielone, które Komitet załączy, przesyłając kartkę upoważniającą. 17) Ostateczny termin zgłaszania się jest dzień 10 czerwca r. b. Ostateczny termin przesyłania przedmiotów na Wystawę jest dzień 10ty lipca r. b. Po tym terminie tylko za osobnem porozumieniem się z Komitetem i to wyjątkowo mogą być przesyłki przedmiotów przyjęte na Wystawę. 18) Przedmioty mają być uprzątnięte zaraz po zamknięciu Wystawy, najpóźniej w tydzień potem. Przedmioty, do tego czasu nie usunięte, sprzedane zostaną na ryzyko wystawcy, a pieniądze złożone u przewodniczącego Komitetu, gdzie przez miesiąc będą do rozporządzenia wystawcy, poczem obrócone zostaną na cel, jaki Komitet uzna za właściwy. 19) Własnoręcznym podpisem, położonym na karcie zgłoszenia się, stwierdzi każdy wystawca. że na powyższe postanowienia Komitetu bez zastrzeżeń się zgadza i przepisom tym się poddaje.

W sprawie organizacyi lekarzy.

Sprawa organizacyi lekarzy galicyjskich, podjęta przez grono krakowskich kolegów, zrobiła wielki krok naprzód, gdyż statut został już uchwalonym i obecnie czeka tylko zatwierdzenia przez władze rządowe. Wobec tego, dla objaśnienia ogółu kolegów, Komisya, zajmująca się wstępnemi przygotowaniami, uważa za niezbędne podać do publicznej wiadomości wszystkich lekarzy cały przebieg dotychczasowej akcyi i w tym celu upoważniła mię, zgodnie z życzeniem ostatniego zebrania koleżeńskiego, które statut ten uchwaliło, do następującego oświadczenia:

Dostatecznie wiadomą jest rzeczą, że warunki bytu lekarzy stają się z każdym dniem coraz trudniejsze, jużto wskutek wzmożonej konkurencyi zawodowej, jużteż wskutek tego przesilenia, przez jakie wszystkie klasy pracujące obecnie przechodzą. Kiedy jednak inne stany i zawody starają się wywalczyć dla siebie lepsze warunki bytu, jedynie lekarze galicyjscy pozostali bezczynnymi, a to głównie z powodu braku jakiejkolwiek organizacyi, którąby łączyła ich w jeden solidarny zastęp, broniący swych praw. Że tak jest, dowodzą tego liczne artykuły, pojawiające się w pismach, dowodzą tego liczne, po większej części bezowocne, dyskusye. Większość lekarzy przyszła powoli do przekonania, że dotychczasowy system oglądania się na Izby lekarskie, których zakres działania ustawa w zbyt ciasne wtłoczyła ramy, jest niepraktycznym i że przeciwnie trzeba s a m y m o sobie pomyśleć i s a m y m wziąść się do czynu. Podniosły się w ostatnich latach coraz liczniejsze głosy, że jedyną racyonalną drogą do tego jest z o r g a n i z o w a n i e się w s z y s t k i c h l e k a r z y, bo w czasach, gdzie tak bardzo wzmogła się walka o byt, jedynym warunkiem wydaje się pójść za przykładem innych stanów, które z coraz lepszym skutkiem wytężają swe siły dla zabezpieczenia sobie niepewnego jutra. Zorganizowani w ten sposób lekarze stanęliby murem przeciw wyzyskowi ze strony publiczności, przeciw wyzyskowi ze strony innych instytucyj i stworzyliby jednolitą całość, z jaką wszyscy liczyćby się musieli. W tym celu usunąć jednak należy na razie na dalszy plan wszelkie osobiste żądania, a starać się przedewszystkiem o s o l i d a r n e z w i ą z a n i e się w całość, bo dopiero tak zespoleni zdołamy zadość uczynić słusznym postulatom jednostek i poszczególnych grup kolegów.

Aby tę teoryę jak najprędzej w czyn wprowadzić, odbyło się staraniem kilku lekarzy krakowskich w dniu 25 listopada r. z. poufne zebranie kilkunastu, przeważnie starszych, kolegów, którzy po wyczerpującej dyskusyi uchwalili następujące punkta:

1. „Zebrani dziś lekarze uważają się za Komitet, który ma przygotować organizacyę stanu lekarskiego w celu popierania wspólnych interesów materyalnych i moralnych“.

2. „Z grona tego Komitetu wybiera się Komisyę, mającą opracować szczegółowy statut i przedłożyć go Komitetowi do uchwalenia.“

Wybrani zostali koledzy: Filimowski, Langie, Schaitter, Schoengut, Słapa i Trzebicky. Komisya ta zabrała się bezzwłocznie do dzieła i przestudyowawszy kilkanaście statatów podobnych organizacyj, jak: lekarzy wiedeńskich, wrocławskich, drezdeńskich, stowarzyszenia lekarskiego imienia Hufelanda w Niemczech, pomocy koleżeńskiej lekarzy poznańskich, Kasy zapomóg lekarzy warszawskich, oraz innych, już nielekarskich, stowarzyszeń i Kas chorych, opracowała statut, który został przedłożony nie samemu tylko Komitetowi, składającemu się zaledwie z kilkunastu osób, lecz zgromadzeniu kolegów, które odbyło się w lutym b. r. przy współudziale blizko 100 lekarzy krakowskich. Ponieważ przy ogólnej dyskusyi nad tym projektem zaproponowało kilku kolegów niektóre zasadnicze zmiany, przeto statut powrócił raz jeszcze do Komisyi, która na życzenie zgromadzenia kooptowała do swego grona jeszcze kol. Weinsberga. Tak uzupełniona Komisya przerobiła w myśl wyrażonych życzeń statut pierwotny i przedłożyła go następnemu poufnemu zebraniu kolegów, które odbyło się pod przewodnictwem kolegi prof. Zarewicza w dniu 6 marca b. r.

Działalność Komisyi była o tyle utrudnioną, że najpierw jest niemal rzeczą niemożliwą zadowolnić każdego z osobna, bo każdy, zapatrując się na sprawę tę z własnego stanowiska żąda czego innego: następnie, że inicyatorów organizacyi spotykały zarzuty, jakoby działali z pobudek osobistych, mając jedynie prywatne cele na oku.

Co do pierwszego punktu Komisya starała się ułożyć statut jak najogólniejszy, możliwie rozciągliwy, aby w jego ramach wszystkie słuszne życzenia później pomieścić się dały. Przy tem wychodziła Komisya z tego założenia, że gdyby statut był zbyt szczegó-

łowym, musianoby go co chwila, w miarę żądań poszczególnych członków, zmieniać i na nowo do zatwierdzenia posyłać.

Co do punktu drugiego, to twierdzenie, jakoby inicyatorami kierowały pobudki osobiste, jest wręcz niologicznem, bo w takim razie nie podjęliby się oni organizacyi, która mając ogólne cele całego stanu lekarskiego na oku wyklucza właśnie wszelką prywatę — przeciwnie, walczyliby o podobną akcyą, a starali się zyskać względy tych, co rozdają intratne posady. Dlatego też, według projektowanego statutu organizacyi, najwyższą władzą, decydującą bez apelacyi we wszystkich kwestyach jest walne zgromadzenie, bo chodzi o to, aby każda akcya była wyrazem woli nie pojedynczych osobistości, składających zarząd lecz ogółu, a przynajmniej większości członków. Dla objaśnienia kolegów z prowincyi, na których przedewszystkiem organizacya ta ma się opierać, dodać potrzeba, że statut zapewnia im w równej mierze wpływ na obrady walnego zgromadzenia, bo udział w nim mogą brać albo osobiście, albo za pośrednictwem wybranych przez siebie delegatów, z których każdy reprezentuje tyle głosów, ilu członków podpisało jego mandat, lub nawet głosować pisemnie.

Nieliczni przeciwnicy organizacyi podnosili inne jeszcze zarzuty: że organizacya zmierza do obalenia Izb lekarskich i Towarzystwa lekarskiego, oraz że ma na celu walkę z ciałem profesorskiem.

Zarzuty te są zupełnie niesłuszne.

Organizacya nie ma walczyć z Izbami, owszem chce z niemi iść ręka w rękę, obrabiając wnioski, zmierzające do poprawy stanu lekarskiego i przedkładając je Izbom. Ma ona tylko czuwać, aby Izby wnioski te należycie uwzględniały i na mocy przysługującej im egzekutywy w wykonanie wprowadzały.

Z Towarzystwem lek. Organizacya nie ma nic wspólnego, bo zakres działania Towarzystwa jest zupełnie odrębny i nie wchodzi w kompetencyę Organizacyi. Jedynie w tych sprawach, które mogą obchodzić ogół stanu lekarskiego, musi i powinna Organizacya zająć wobec Towarzystwa pewne stanowisko i to nie *à priori* nieprzychylne, lecz takie, jakie w danym razie podyktuje interes ogółu.

Najbardziej może pozbawionym podstawy jest zarzut walczenia z gronem profesorskiem. Za wymowny dowód służyć może, że niektórzy profesorowie biorą czynny udział w pracach przygotowawczych, wspierając inicyatorów swą radą i doświadczeniem. Dowodem dalej jest i to, że właśnie z pośród tego samego grona, które krząta się około Organizacyi, wyszła niedawno inicyatywa udzielenia satysfakcyi jednemu z profesorów, któremu część opinii publicznej najniesłuszniej krzywdę chciała wyrządzić. Inną znów jest rzeczą, o czem zaraz dla uniknięcia nieporozumień wspomnieć należy, że Organizacya taka czując się silną i mierząc równą miarą wszystkich, nie ulęknie się, gdy zajdzie tego potrzeba, nawet togi i biretu.

Komisya, przedkładając gotowy statut zgromadzeniu kolegów, prosiła usilnie o najbewzględniejsze traktowanie go i robienie poprawek, zwracając równocześnie uwagę, że chociażby na razie nie zadawalniał jednostek, to chodzi przedewszystkiem o to, aby raz już takie stowarzyszenie zawiązanem zostało, a gdy to się stanie, choćby na podstawie niedokładnego statutu, będzie można później uczynić zadość wszelkim szczegółowym postulatom przy uchwalaniu regulaminu, będzie nawet można odpowiednio do życzeń większości zmieniać i przerabiać sam statut, gdyby okazał się niewystarczającym lub nieodpowiednim. Po wyczerpującej dyskusyi, trwającej pięć godzin, w której obrobiono szczegółowo punkt za punktem, przyjęło zgromadzenie statut, porobiwszy w nim odpowiednie poprawki i upoważniło do podpisania egzemplarzy, mających pójść do zatwierdzenia, kolegów: prof. Zarewicza i doc. Brauna.

Stowarzyszenie według brzmienia statutu ma nosić nazwę: „Stowarzyszenie samopomocy lekarzy W. Ks. Krakowskiego, Galicyi, Szląska i Bukowiny", a celem jego jest popieranie interesów stanu lekarskiego pod względem materyalnym i moralnym. „Pod względem materyalnym" rozumie się udzielanie zapomóg lekarzom na wypadek choroby, w miarę zaś pomyślnego rozwoju Towarzystwa, udzielanie zapomóg lekarzom w razie stałej niezdolności do pracy z powodu wieku lub kalectwa. „Pod względem moralnym" ma Stowarzyszenie czuwać nad przestrzeganiem etyki lekarskiej, popierać zwykle członków przy uzyskiwaniu posad, bronić ich wszędzie tam, gdzie tego zachodzi potrzeba, i wreszcie inicyować każdą akcyę, zmierzającą do poprawy bytu całego stanu lekarskiego. W ramy zatem statutu dadzą się ująć wszystkie kwestye, obchodzące żywo poszczególne grupy lekarzy: miejskich, okręgowych, sądowych, szpitalnych, klinicznych i t. d. i t. d. W jakich jednak rozmiarach i z jakim skutkiem pod obu tymi względami będzie mogło działalność swą Stowarzyszenie rzeczone rozwinąć, to już zależy od liczebnego udziału członków i od szczegółowego regulaminu, który na pierwszem walnem zgromadzeniu ma być uchwalonym.

Na razie czekać należy, aż statut zatwierdzonym zostanie, a z chwilą, gdy pierwsze walne zgromadzenie przyjdzie do skutku, odda ono zarząd w ręce tych kolegów, których uzna za najodpowiedniejszych i nada całej Organizacyi, na mocy zawarowanego mu statutem prawa, taki kierunek, jaki będzie wyrazem woli większości członków. Zadaniem Komisyi będzie jeszcze tylko rozesłanie odezwy wraz z tekstem zatwierdzonego już statutu wszystkim kolegom, oraz doprowadzenie do skutku pierwszego walnego zgromadzenia, poczem czynność swą uważać będzie ona za skończoną, a członkowie jej wycofają się najchętniej na stanowisko zwykłych szeregowców.

Komisya żywi niepłonną nadzieję, że ogół kolegów, idąc za przykładem lekarzy wiedeńskich, których organizacya z dniem 17 lutego b. r. w życie wprowadzoną została, przystąpi do Stowarzyszenia w imię solidarności i dobrze zrozumianego własnego interesu. Komisya spodziewa się, że ci nawet nieliczni koledzy, którzy zrazu niechętnie na rzecz całą się zapatrywali, zmienią swoje zdanie po rozpatrzeniu się w statucie i przekonawszy się, że Stowarzyszenie nie burzyć, jak im się zdawało, lecz przeciwnie, budować pragnie i to wspólnemi siłami wszystkich bez wyjątku. Jeżeli zatem, czego komisya nie przypuszcza, Organizacya objęłaby tylko pewną część, czy też jakąś koteryę lekarzy, nie byłoby to winą ani inicyatorów, ani statutu, lecz jedynie i wyłącznie winą tych kolegów, co z jakichkolwiek pobudek nie chcieliby do niej przystąpić.

Dr Adam Langie.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 15 marca.

* Pochodowi pogrzebowemu śp. Franciszka Sroczyńskiego towarzyszył bardzo liczny zastęp kolegów i publiczności. Przy wyniesieniu trumny z domu przemówił prof. Wicherkiewicz, podnosząc zasługi i zalety zmarłego, a jednocześnie żegnając go w imieniu Wydziału lekarskiego, Towarzystwa lekar. krak. i Komisyi redakcyjnej »Przeglądu Lekarskiego«. t. j. tych instytucyj, w których Sroczyński był przez szereg lat czynnym i pożytecznym członkiem.

* Sprawozdanie Biura statystycznego o ruchu ludności w mieście Krakowie za ostatni kwartał r. z. najlepiej oświetla stan zdrowotny naszego miasta. W rubryce »skony«, między innemi czytamy: zmarło z gruźlicy osób 149, z dławca i błonicy — 18, z krztuśćca — 8, z ospy — 4, z płonicy — 13, z odry — 1, z duru brzusznego — 9, z czerwonki — 5. Pomimo więc, że jesień jest u nas porą roku, w której panują epidemie osutkowe, śmiertelność ze wszystkich innych chorób zakaźnych, liczebnie razem wzięta, nie wiele tylko przekroczyła jedną trzecią część tych ofiar, które wybrała gruźlica. Na ogólną liczbę skonów w powyższym okresie czasu — 622, przypada na gruźlicę 149. W przedostatnim tygodniu sprawozdawczym (11—17 lutego) stosunek śmiertelności z gruźlicy do skonów z innych chorób zakaźnych wynosił 15 : 3: w tygodniu ostatnim (18—24 lutego) 13 : 4. — Liczby te dobitnie świadczą, że pod względem chorób zakaźnych, z wyjątkiem gruźlicy, Kraków należy do miast względnie zdrowych, że ludność naszą trapią głównie nie choroby zakaźne w ogóle, jak niektórzy mylnie sądzą, lecz gruźlica, i że winniśmy rozpocząć walkę eksterminacyjną z tym, — a nie z innym wrogiem naszego życia. Pastwą gruźlicy stają się głównie ubodzy rękodzielnicy, mieszkańcy nieczystych, nieprzewietrzanych, wilgotnych i zakażonych warsztatów, przebywający razem — i przy jednym stole — z kaszlającymi, i już na gruźlicę chorymi współpracownikami. To, co się dzieje pod tym względem w Krakowie, sądząc ze sprawozdań p. Inspektora przemysłowego, dzieje się w całej Galicyi.

Czy nie nadeszła przeto już pora, ażeby Uniwersytet ludowy, poświęcający swe zadania wiedzy oderwanej, zechciał zstąpić nieco na pole oportunizmu społecznego, a to w celu rozpowszechnienia wśród szerokiego ogółu nieulegającego wątpliwości twierdzenia, że gruźlica jest klęską społeczną, zagrażającą zdrowiu publicznemu i że przeciw niej należy się uzbroić na długą i ciężką walkę? czy nie należy już dziś z poważnej trybuny wskazać społeczeństwu, jakiej ma ono użyć broni przeciw gruźlicy w rodzinie, gminie i w kraju?

A możeby również leżało w zakresie zadań »Kursów wakacyjnych«, ażeby dla lekarzy, stojących na czele stanowisk zawodowych

w gminie, okręgu, kasie chorych i t. d., zarządzono praktyczne ćwiczenia i wykłady, nauczające szybkiego rozpoznawania początków gruźlicy?

Wobec złowieszczych wyżej podanych liczb statystycznych, jakże dziwnym wydaje się niedawny popłoch, wzniecony urojoną obawą moru, wśród mieszkańców Krakowa! Gdy widzimy chwalebny niepokój z powodu paru przypadków ospy, pojąć nie możemy stoickiego spokoju wobec gruźlicy, tego niewypoczywającego bicza, który z okrutną i stałą wytrwałością chłoszcze nasz organizm społeczny: doprawdy zdawaloby się, że rządzimy się nerwami, a nie umysłem, że wrażliwość, a nie ścisła rachuba kieruje naszemi zarządzeniami w zakresie zdrowia publicznego; wszak gruźlica jeszcze nie uważa się urzędownie za chorobę zakaźną; po zmarłych na gruźlicę nie odkaża się mieszkania, sprzętów, pościeli i szat; w szkole, internatach, szpitalach i t. d., chorzy na gruźlicę przebywają razem z wolnymi od niej i zdrowymi i używają wspólnych naczyń i t. d.; zagruźliczone krowiarnie bez przeszkody szerzą zarazę, a ludzi ubogich, chorych na gruźlicę, ani odosobniamy, ani leczymy w umyślnych zakładach. Wytwarza się u nas rodzaj zatrważającego doboru społecznego: zdrowe i najlepsze siły narodu wędrują za ocean, a w kraju pozostają schorzali, słabo rozwinięci i zwyrodniali fizycznie; może już o przyszłem pokoleniu rzuci nam ironię poeta: »... ...karłem jesteś narodów....«

* Podczas Wystawy paryskiej ma się odbyć Kongres dla spraw stanu lekarskiego, na który austryacka Izba lekarska uchwaliła wysłać swego członka zarządu, Dra Lista.

* W kwietniowym Kongresie przeciwgruźliczym w Neapolu rozprawy będą się odbywać w 4-ch sekcyach: 1) etyologia i zapobieganie, 2) patologia kliniczna, 3) terapia, 4) sanatorya. Do wzięcia udziału w Kongresie są uprawnieni: lekarze, naturaliści, inżynierowie, i przedstawiciele socyalnych nauk. Wpisowe wynosi 20 lirów. Podczas Kongresu mają się odbyć liczne uroczystości, przyjęcia i wycieczki. Zgłaszać się należy do sekretarza głównego Komitetu (*Napoli, Ospedale clinico, I. Clinica medica*). Z Kongresem złączona będzie Wystawa higieniczna.

Notatki bibliograficzne.

Traité de Microbiologie par E. Duclaux prof. et directeur de l'Institut Pasteur. Wyszedł tom III: *La fermentation alcoolique*, cena 15 fr. Poprzednio wyszły: tom I. *Microbiologie generale* i tom II: *Diastases, Toxines et Venins*. Cena każdego tomu 15 fr.

— **Przegląd Chirurgiczny**, czasopismo bezterminowe, wydawane w Warszawie przez S. Grosglika, A. Karczewskiego i W. Krajewskiego. Wyszedł Zeszyt 3, którego obfitą treść poniżej podajemy. Cena zeszytu 2 rb. 50 kop.

— **Les Sanatoria** — traitement et prophylaxie de la phthisie pulmonaire par le Dr. Knopf. Tom o 496 stronicach i 92 rysunkach. Cena 22 fr. Wydawca: Carré et C. Naud (Paris, r. Racine, 3).

— **Le système nerveux central** par J. Soury, 2 tomy, 1900. (Dzieło to zawiera wszystko, co od czasów greckich do dnia dzisiejszego powiedziano o środkowym układzie nerwowym pod względem anatomicznym (makro- i mikroskopijnym i fizyologicznym).

Mianowania. Dr. Cervesato mianowany został profesorem zwyczajnym kliniki pedyatrycznej w Bolonii; Dr. Rud. Weber — profesorem psychiatryi w Genui; dr. Juvara — profesorem anatomii chirurg. w Jassach; Dr. Śmiechowski — ordynatorem Oddziału chirurg. dziecięcego w szpitalu Dzieciątka Jezus; Dr. Steinhaus — ordynatorem w szpitalu izraelickim.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Tschurtschenthaler v. Helmheim, były prof. ogólnej patologii i farmakologii w Insbruku. Dr. Decès, prof. chirurg. kliniki, — w Reims. Dr. Boeckel, prof. byłego Uniwers. francuskiego w Strasburgu. Dr. Franciszek Sędzielowski, lekarz praktyczny w Sędziszowie, zakończył życie w Przemyślu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *W Przeglądzie Chirurgicznym T. IV. Z. 3*: prof. Ciechanowskiego St.: Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza i powiększeniem gruczołu krokowego u starców (dok.). Dra Krajewskiego W.: Operacyjne leczenie wypadnięcia odbytnicy. Prof. Kleckiego K.: Etyologia i Patogeneza zapalenia wyrostka robaczkowego. Dra Hoszowskiego S.: Sposób przegrzewania pary w sterylizatorach niezależnie od ciśnienia. Dra Zajączkowskiego A.; Przypadek naczyniaka jamkowego kości czołowej. *W Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 3. Dra Perlisa J.: O płonicy przyrannej. Dra Serkowskiego S.: O produktach spożywczych w Łodzi. Dra Warmana M.: Lekarz jako biegły wobec pewnych zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy (dok.) Dr. Fidlera H.: Szpitalnictwo w gubernii Radomskiej. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 40: Dr. Kučery P.: *Emphysema organorum et angiopancreatitis suppurativa*. Kaufmana M.: Pęknięcie sklepienia pochwowego podczas porodu. Dra Kurkiewicza S.: Eukazyna wobec zgagi.

Redakcya otrzymała:

— Sprawozdanie z czynności Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie za r. 1899.

— Prof. Reiss W.: O rozwoju naskórka w pierwszych miesiącach życia płodowego, ze szczególnem uwzględnieniem warstwy Malpighiego. Nakład Akad. Umiej. w Krakowie 1900.

— IX. Sprawozdanie krakowskiego ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego za r. 1899.

— Dr. Erdheim S.: Ueber multiple Dünndarmstenosen tuberculösen Ursprunges. (Odbitka z *Wien. klin. Woch.* Nr. 4, 1900).

— Zbiór prac kliniki lekarskiej prof. Dr. E. Korczyńskiego. Kraków, 1900.

— Klęsk A. E.: Kilka uwag o samobójstwie z uwzględnieniem kazuistyki krakowskiej za czas od r. 1892—1898 (włącznie). Odbitka z *Przeglądu Lekarskiego* Nr. 4 i 5, 1900 r.

— Protokoły posiedzeń Towarzystwa lekarskiego lubelskiego za r. 1899.

— Dr. Kowalski H.: Ein Fall von Lyssa humana, behandelt mit Gehirnemulsion eines gesunden Kaninchens. Odbitka z *Klin.-therap. Wochenschrift*, 1900, Nr. 5).

Dr. Maksymowicz J.: Warszawskij Ujazdowskij wojennyj hospital. Warszawa, 1900.

— Dr. Moraczewski W.: Przyczynek do teoryi gorączki (Odbitka z *Pamiętnika Towarz. lekarskiego warszawskiego* 1899).

— Tenże: Stoffwechsel bei Lungenentzündung und Einfluss der Salze auf denselben. (Odbitka z *Zeitschrift für klinische Medicin* 39 Bd. H. 1. i 2, 1900).

— Tenże: Ausscheidungsverhältnisse bei blutleeren und hungernden Fröschen. (Odbitka z *Archiv für die ges. Physiologie*, Bd. 77, 1899 r.).

— Tenże: Stoffwechsel-Versuche bei schweren Anaemien. (Odbitka z *Virchow's Archiv für path. Anatomie* i td. 159 Bd., 1900).

— Dr. Pelnář J.; Dwa připady tuberkulosy serosnich blan u Člověka s obrazem perloviny zwiřat (Odbitka z *Časopisu lék.* č., 1899).

— Tenże: Solitarni tuberkl jater (Odbitka z *Časopisu lék.* č., 1899 r.).

— Dr. Cačković M.: Rad sbora lečnicka kraljevina Hrvatske i Slavonije prigodom proslave 25-godišnjice njegovog obstanka. (Zagrzeb, 1899 r.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 21 marca o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) omówione będą bieżące sprawy administracyjne; 2) odbędzie się demonstracya preparatów anatomicznych przez kol. prof. Ciechanowskiego; wreszcie 3) kol. doc. Dr. Łepkowski mówić będzie: „O osadzaniu sztucznych zębów płytkowem i bezpłytkowem w oprawie metalowej z demonstracyami“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.